



WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

no fault

O CO WALCZYMY?

s. 6

s. 9

**Pełnomocnik z pomocą
lekarzom i lekarzom
dentystom**

s. 10

**Prof. Jacek Wysocki
o małej ospie**

s. 11

**Złote i Srebrne
Eskulapy wręczone**



Zdobytaj wiedzę w EDU WIL!

Wielkopolska Izba Lekarska zaprasza
na konferencje w sezonie 2022/2023!

2022

wrzesień

- I Konferencja Lekarzy Szpitalników
- Medycyna rodzinna

październik

- Toksykologia
- Pediatria

listopad

- I Ogólnopolska Konferencja Dyrektorów ds. Medycznych
- Psychiatria

grudzień

- Choroby tropikalne

2023

styczeń

- Medycyna ratunkowa
- Wielkopolski Kominek Radiologiczny

luty

- Geriatria

marzec

- Repetytorium internistyczne
- Medycyna sądowa

kwiecień

- SORry, taką mamy pracę
- II Konferencja Prawa Medycznego

maj

- Patomorfologia

Śledź stronę eduwil.pl i bądź na bieżąco!

Szczegółowe informacje już wkrótce!



Przemysław Ciupka

redaktor naczelny

przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

SŁOWEM WSTĘPU

Odpowiedź na pytanie z okładki...

...wcale nie jest tak oczywista, jak mogłoby się wydawać. Zadałem je kilkorgu lekarzom spotkanym w izbie, a odpowiedzi bynajmniej nie były jednakowe. Różnice pojawiają się zarówno na poziomie środków, jak i celów. I jest to całkowicie zrozumiałe, w końcu te rozwiązania nigdy nad Wisłą i Wartą nie obowiązywały, a więc trudno o jeden ściśle określony wzorzec. Ów system trzeba zbudować od fundamentów po dach. Możemy jednak podpatrywać wzorce – skandynawskie, nowozelandzkie, kanadyjskie, wyjąć z nich to, co najlepsze i możliwe do implementacji w polskich warunkach.

No fault możemy przetłumaczyć jako „bez winy”. Nie idzie jednak przecież o bezkarność. Chodzi o rozwiązania pozwalające na pozasądowe rekompensowanie pacjentowi szkody bez wskazywania palcem winnego. Dla lekarzy oczywiste jest, że w procesie leczniczym dochodzi do niepożądanych zdarzeń, które nie są wynikiem błędu czy zaniedbania konkretnej osoby. Tymczasem zgodnie z logiką obecnie funkcjonującego systemu bez udowodnienia winy nie ma mowy o uzyskaniu zadośćuczynienia. Zaryzykuję stwierdzenie, że w środowisku zawodów medycznych panuje konsensus co do tego, że trzeba to zmienić. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni nie mogą pracować pod wieczną presją ciężącej na nich odpowiedzialności prawnej. Co więcej, dokładnie takiego samego zdania jest rzecznik praw pacjenta, a nawet przedstawiciele organizacji pacjenckich.

Pytanie jednak, co dla medyków ma oznaczać system *no fault*? Wyłączenie odpowiedzialności karnej czy odpowiedzialności cywilnej? Na jakie rozwiązania mamy szansę przy obecnym układzie politycznym? Przepisy przybliżające nas do omawianego systemu są zapisane w projekcie ustawy o jakości, ta jednak leży w sejmowej zamrażarce, bo choć promuje ją minister zdrowia, to jak do tej pory więcej do powiedzenia ma minister sprawiedliwości, który skutecznie ją blokuje. To, co dla resortu sprawiedliwości jest nie do przyjęcia ze względu na rzekomo zbyt daleko idące i niekonstytucyjne zmiany, dla prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej jest dalece niesatysfakcjonujące z powodu zachowawczości i półśrodków.

Mogą Państwo pomyśleć, że samorząd lekarski mówi o tym do znudzenia: *no fault, no fault, no fault...* Gorąco zachęcam jednak do zajrzenia na s. 6 i lektury artykułu, w którym zderzamy opinie prezesów NRL i ORL WIL, pacjentów i polityków. Nakreśliłyśmy podstawowe założenia systemu szwedzkiego, który w dyskusji o *no fault* przywoływany jest najczęściej. Przede wszystkim jednak zachęcam Państwa do włączenia się w tę dyskusję: w którą stronę powinniśmy pójść?, czy powinien być to priorytetowy cel izby lekarskiej?, czy jego osiągnięcie pozwoli ograniczyć kryzys w ochronie zdrowia, a w szczególności w szpitalnictwie? To tylko kilka z wielu pytań, na które odpowiedzieć powinno sobie środowisko lekarzy i lekarzy dentyków, by w rozmowach z politykami mówić jednym głosem.

PS

9 czerwca sejmowa komisja nadzwyczajna ds. nowelizacji prawa karnego przegłosowała poprawkę, która oznacza dla rządzących krok w tył, jeżeli chodzi o zaostrzanie kar za nieumyślne błędy medyczne (planowana zmiana w Kodeksie karnym zwiększałaby ryzyko bezwzględnego więzienia). Posłowie zagłosowali w kontrze do stanowiska Ministerstwa Sprawiedliwości, za to zgodnie z oczekiwaniami środowiska lekarskiego, które zdecydowanie sprzeciwiało się szkodliwemu pomysłowi. Głos środowiska, choć często lekceważony, jednak ma znaczenie.

Spis treści

Omówienia posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej	5
<i>No fault</i>. O co walczymy?	6
Pomoc i edukacja	9
Małpia ospa – czy to nowa pandemia?	10
Złote i Srebrne Eskulapy 2022	11
Majówka dla Seniorów w pilskiej delegaturze	12
Powiatowe spotkania z seniorami	12
Rubryka stomatologiczna	13
Cyfrowa stomatologia, ale analogowe myślenie	14
Konferencja „Stomatologia bez barier. Adaptacja i kwalifikacja pacjentów z niepełnosprawnością”	17
Profesor Stefan Włoch (1926–2012)	18
Rubryka rezydencka	19
Nie o pokoleniowość zmiany chodzi	20
Z medycznej wokandy	21
Na staż marsz!	22
Dawka informacji	23
Powitaliśmy lato	24
Życzenia dotarły nad Sekwanę	24
Darowana młodość – czyli o kolejnej wycieczce Naszego Roku 1965–1970/1971	25
XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu	26
Dominacja WIL na tenisowych kortach	26
XIX Ogólnopolska i II Międzynarodowa Wystawa Malarstwa Lekarzy – Łódź 2022	27
Obrazy zawisną w szpitalu	27
Mówmy i piszmy o medycznych perłach naszego regionu	28
Wspomnienie o Mironie Szulczewskim	29
Wiersze	30

MOIM ZDANIEM



Krzysztof Kordel
prezes
Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej

Moim zdaniem ograniczenia okresu pandemicznego, zwłaszcza brak możliwości kontaktów bezpośrednich dla starszych lekarzy, były wyjątkowo uciążliwe. Też tę postawiłem po moim udziale w spotkaniach w tym gronie, które wzorem lat ubiegłych organizował prezes Stanisław Dzieciuchowicz. Udało mi się spotkać z Koleżankami i Kolegami, co tu ukrywać, w wieku zbliżonym do mojego. Spotykaliśmy się w Szamotułach, Gnieźnie, Ostrowie Wielkopolskim oraz Kaliszu. Z uwagi na konieczność spotkania i rozmowy z dziennikarzami w sprawie skargi na personel oddziału psychiatrii dziecięcej w Dziekance nie udało mi się dojechać do Leszna, choć chęć taką miałem. Podczas niektórych spotkań była okazja uhonorowania lekarzy, którzy wkroczyli w 90. rok życia. Wszystkim Nestorom życzę zdrowia, a niektórym zazdroszczę kondycji i werwy.

Moim zdaniem nowością był udział w tych spotkaniach przewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy, Karola Lubarskiego, który przedstawił możliwości wsparcia seniorów ze strony młodszych kolegów. Zobaczymy, jakie owoce przyniesie ta inicjatywa.

Moim zdaniem inna inicjatywa, jaką był pomysł zorganizowania imprezy dla dzieci, była sukcesem i myślę, że wejdzie na stałe do izbowego kalendarza. Bardzo mnie to cieszy.

Miałem przyjemność reprezentowania naszego samorządu na obchodach 40-lecia utworzenia samorządu radców prawnych. Rok 1989 dla nas lekarzy był rokiem reaktywacji naszego samorządu mającego dzisiaj ponad 100 lat. Korporacja radców prawnych istnieje już od 1982 roku. Co prawda zawód radcy istniał wcześniej, ale inna była forma jego wy-

konywania – praca wyłącznie na etacie w firmie. Ustawa tworząca samorząd radców prawnych i uchwalona przez Sejm zezwalająca radcom na prowadzenie własnej działalności gospodarczej całkowicie zmieniła możliwości uprawiania tej profesji. Cóż, czasami reprezentują nasze interesy, a czasami stoją po drugiej stronie procesowej. Taka praca. Szkoda tylko, że w roku jubileuszowym grupa posłów z koalicji rządzącej szykuje im prezent w postaci wniosku do Trybunału Konstytucyjnego, twierdząc, że struktura Izby Adwokackiej i Izby Radców Prawnych (przynależność terytorialna, co było pomysłem Marszałka Piłsudskiego w ustawie przedwojennej) ogranicza zapis o wolności gospodarczej. Żadna władza nie lubi każdej formy samorządności. Jestem ciekaw, jak to się finalnie skończy.

W ostatnim czasie gorącym tematem stała się kondycja psychiatrii dziecięcej – powiedzieć, że jest fatalna, to nie powiedzieć nic. Prezydium WIL zadeklarowało pomoc w próbie znalezienia rozwiązania problemu poprzez zorganizowanie na neutralnym (izbowym) gruncie spotkań zainteresowanych stron. Rozumiem interwencje dziennikarskie, ale sprawa Dziekanki na pewno nie ułatwi sytuacji.

Miałem chęć skomentowania nowych pomysłów Ministerstwa Zdrowia na leczenie w POZ, lecz myślę, że na to przyjdzie jeszcze czas. Moim zdaniem część z tych zamierzeń wydaje się racjonalna, ale jak zwykle diabeł (NFZ) tkwi w szczegółach.

Tym, którym się uda, życzę udanego urlopu – oby jak najdłuższego. ■



Przejdź na e-biuletyn WIL

- wygoda
- ekologia
- przyjazny format

Wejdź na wil.org.pl/e-biuletyn/
i wypełnij formularz

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu dnia 28 maja 2022 r.

29 maja 2022 r. w Centrum Konferencyjnym EDU WIL odbyło się w trybie hybrydowym posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej pod przewodnictwem prezesa ORL WIL dr. n. med. Krzysztofa Kordela. Po przyjęciu porządku obrad i omówieniu spraw bieżących wyłoniono przedstawicieli WIL do konkursów ordynatorskich i pielęgniarskich w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia w Poznaniu (Zakład Opiekuńczo-Lecznicy), w Wielkopolskim Centrum Onkologii (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii), w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach, Turku i Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu. Rekomendacje przedstawił przewodniczący Komisji dr n. med. Wojciech Waliszewski.

Jako przewodnicząca Komisji ds. Rejestracji Lekarzy i Prawa Wykonywania Zawodu wystąpiłam z wnioskiem, który został przez Okręgową Radę Lekarską przyjęty, o przyznanie prawa wykonywania zawodu cudzoziemcom w celu odbycia stażu podyplomowego: lekarzowi – obywatelce Białorusi oraz lekarzowi dentyście – obywatelowi Syrii. Przyznano także prawo wykonywania zawodu po stażu podyplomowym lekarzowi dentyście – obywatelowi Ukrainy oraz przedłużono ważność prawa wykonywania zawodu lekarzowi – obywatelowi Libii.

Na początku każdej kadencji ustalane są składy komisji problemowych Okręgowej Rady Lekarskiej. Regulamin i skład komisji ustalono na poprzednich posiedzeniach ORL IX kadencji, na omawianym posiedzeniu dokonano wybo-



ELŻBIETA MARCINKOWSKA
SEKRETARZ ORL WIL

rów częściowo uzupełniających i zmieniających skład komisji w związku ze zgłoszoną przez kilku członków rezygnacją.

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz.U. 2022.923 t.j.) Okręgowa Rada Lekarska zatwierdziła Regulamin Gospodarowania Zakładowym Funduszem Świadczeń Socjalnych Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący komisji konkursowej na wyłonienie wykonawcy renowacji tarasów zewnętrznych w siedzibie WIL w Poznaniu poinformował o toczącym się postępowaniu. Wykonawca nie został jeszcze wyłoniony.

Po wyczerpaniu głównych punktów programu obrad w toczącej się dyskusji w ramach wolnych głosów i wniosków poruszono problemy narastającej inflacji, wzrostu cen, a co za tym idzie – wzrastających kosztów funkcjonowania WIL. Omówiono także przebieg Krajowego Zjazdu Lekarzy, na którym przebiegały się m.in. postulaty o potrzebie podniesienia składki. Przedstawiciele Komisji Stomatologicznej wystąpili z wnioskiem o umożliwienie lekarzom denty stomach członkostwa w więcej niż dwóch komisjach problemowych WIL. Regulamin komisji problemowych ORL określa górną granicę liczby członków komisji oraz udział w najwyżej dwóch komisjach. Zapisy regulaminu były podyktowane wieloletnimi doświadczeniami, częstą absencją członków i brakiem uzyskania *quorum* na posiedzeniach. Ustalono, że propozycja ta będzie przedmiotem spotkania Komisji Stomatologicznej z prezesem ORL WIL. ■

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu dnia 11 czerwca 2022 r.

Kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej odbyło się wzorem poprzednich w trybie hybrydowym w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14. Obradom przewodniczył prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel.

Po wprowadzeniu poprawek do porządku obrad przystąpiono do realizacji programu. Przewodniczący Komisji ds. Konkursów dr n. med. Wojciech Waliszewski przedstawił propozycje udziału lekarzy – członków WIL w konkursach pielęgniarskich Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. J. Strusia (oddziały kardiochirurgii, kardiologii, chirurgii ogólnej, onkologicznej i kolorektalnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz oddział anestezjologii i intensywnej terapii). Propozycje zostały przez ORL przyjęte.

Na mój wniosek, jako przewodniczącej Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu, w drodze uchwały przyznano także prawo wykonywania zawodu po odbytych stażu podyplomowym lekarzowi dentyście – obywatelce Białorusi.

W związku z pracami remontowymi w siedzibie Delegatury Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Kaliszu, na podstawie protokołów konieczności sporządzonych przez delegaturę, przyznano dodatkowe środki niezbędne do zakończenia remontu. Okręgowa Rada Lekarska będzie miała okazję zapoznać się szczegółowo z efektami poczynionych prac na następnym posiedzeniu ORL, które przewidziane jest w siedzibie delegatury w Kaliszu.

Przedstawiciel komisji powołanej przez ORL w celu opracowania zasad pomocy materialnej – dr Marcin Karolewski przedstawił projekt regulaminu w tym zakresie. Wprowadzono szereg zmian, które podyktowane są zmieniającymi się warunkami pracy i płacy oraz warunkami demograficznymi. Uwzględniono pomoc dla członków WIL znajdujących się w różnych trudnych sytuacjach życiowych. Wzięto pod uwagę także szeroko pojętą profilaktykę, stąd po przyjęciu przez Okręgową Radę Lekarską regulaminu powołano także Zespół ds. Promocji Szczepień, który rokrocznie określi zakres szczepień refundowanych przez WIL. W związku z kończąca ▶

- ▶ się umową na obsługę prawną organów i Biura WIL, Okręgowa Rada Lekarska biorąc pod uwagę przyjęte wcześniej zasady podpisywania umów w tym zakresie, przedłużyła umowę do 31 grudnia 2022 r. Pod adresem pomocy prawnej obsługującej organy i Biuro WIL ze strony członków ORL padło wiele słów pozytywnie oceniających dotychczasową współpracę.

W związku z brakiem rozstrzygnięcia postępowania konkursowego na wyłonienie prac w zakresie renowacji tarasów zewnętrznych w siedzibie WIL w Poznaniu, Okręgowa Rada Lekarska upoważniła Prezydium ORL WIL do zatwierdzenia wykonawcy prac, który zostanie rekomendowany przez Komisję ds. renowacji tarasów zewnętrznych powołanych Uchwałą ORL nr 035/2022/ IX ORL WIL z dnia 23 kwietnia 2022 r. Podjęto też stosowną uchwałę w sprawie zatwierdzenia środków finansowych na prace malarskie klatek schodowych w budynku A siedziby WIL w Poznaniu.

Po powołaniu na funkcję zastępcy skarbnika ORL WIL dr. Kacpra Marciniaka przystąpiono do dyskusji nad wykonaniem Uchwały Okręgowego Zjazdu Lekarskiego z dnia 22 marca 2022 r. Wynikiem dyskusji było podjęcie przez ORL uchwały w sprawie przeznaczenia środków finansowych na wykonanie opinii i ekspertyz związanych z pozyском nieruchomości lub zabezpieczenia miejsc stałego pobytu na potrzeby lekarzy seniorów.

Decyzją ORL WIL dr Marek Kubasik został przedstawicielem WIL w postępowaniu konkursowym na dyrektora szpitala MSWiA Centrum Rehabilitacji w Górninie.

Komisje problemowe WIL działają według regulaminów odrębnych dla każdej komisji w oparciu o przyjęty na wcześniejszym posiedzeniu ORL regulamin ramowy. W dniu obrad przyjęto Regulamin Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu oraz Regulamin Komisji Legislacyjnej.

W ostatnim punkcie programu obrad omówiono sprawę zwrotu kosztów podróży członków WIL – przedstawiciele do konkursów ordynatorskich i pielęgniarskich. W toku dyskusji i po zasięgnięciu opinii Biura Prawnego WIL ustalono, iż zwrot kosztów podróży leży po stronie organizatora konkursu, czyli dyrekcji szpitala, a prezes WIL dr n. med. Krzysztof Kordel zapewnił, że ubezpieczenie osoby powołanej do konkursu jest zawarte przez Wielkopolską Izbę Lekarską.

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej dr Grzegorz Wrona przekazał informację o przebiegu wyborów do Prezydium NRL i na stanowiska przewodniczących Komisji NRL. Z radością przyjęliśmy fakt, że sekretarzem NRL został Grzegorz Wrona, a członkami Prezydium – dr Piotr Kalkowski i dr Mikołaj Sinica. Dr n. med. Artur de Rosier został przewodniczącym Komisji Etyki, a dr Stefan Sobczyński przewodniczącym Komisji ds. Emerytów i Rencistów. Wszystkim Kolegom serdecznie gratulujemy! ■

No fault. O co walczymy?

Wprowadzenie systemu *no fault*, czyli możliwości wynagradzania pacjentom wystąpienia u nich niepożądanych zdarzeń medycznych bez orzekania o winie medyków, to sprawa numer jeden w agendzie prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej lek. Łukasza Jankowskiego. Co jednak rozumiemy pod pojęciem zaimportowanym do naszego słownika z języka angielskiego? Na pewno wspólny cel i efekt działań, którym ma być poprawa bezpieczeństwa wszystkich uczestników procesu leczniczego oraz efektywności systemu ochrony zdrowia. Co do poszczególnych elementów, które mają stanowić fundament takiego systemu, różnice potrafią być jednak znaczące, dlatego wydaje się, że przyszedł czas na szeroką dyskusję i implementację rozwiązań najlepszych zarówno dla pacjentów, jak i medyków.

Lata 70. XX w. – pacjenci doznający szkody w trakcie leczenia udają się do sądu relatywnie rzadko, a kiedy już się na to decydują, wiele spraw kończy się oddaleniem powództwa ze względu na niemożność wskazania winnego lub udowodnienia winy i związku przyczynowego. W interesie społeczeństwa było przełamanie *status quo*, a stało się to za sprawą zmian w logice systemu ubezpieczeniowego. W roku 1975 towarzystwa ubezpieczeniowe mogły zaoferować placówkom ochrony zdrowia (tudzież organom założycielskim na poziomie regionalnym) dobrowolne polisy, pozwalające na wypłatę odszkodowania pacjentowi, bez konieczności szukania winnych. System zdał egzamin, upowszechnił się, a za sprawą ustawy z 1997 r. ubezpieczenia od urazu pacjenta stały się obowiązkowe dla wszystkich placówek medycznych. Tym samym dobro pacjenta postawiono ponad domniemaną winą lekarza. Pieniądze i energię przekierowano na naprawienie szkody zamiast topić je w procesach sądowych. Taką drogę wybrali Szwedzi i to do ich doświadczeń odwołujemy się najczęściej, mówiąc o systemie *no fault*. Jako że służba zdrowia w Szwecji w znakomitej większości jest finansowana ze środków publicznych, koszt ubezpieczeń ponosi całe

społeczeństwo. I całe społeczeństwo na tym korzysta. Podobne rozwiązania są znane w innych krajach skandynawskich, we Francji czy niektórych stanach USA.

W Polsce „za” są i medycy, i pacjenci

System no fault jest w moim przekonaniu systemem propagacyjnym. Patrząc na polskie rozwiązania, a przecież opiniuję w tych sprawach wielokrotnie, żeby uzyskać jakąkolwiek satysfakcję finansową w przypadku pacjenta, musi być rozstrzygnięcie o winie, w różnej postaci – uważa prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, a zarazem specjalista medycyny sądowej dr n. med. Krzysztof Kordel. A przecież najczęściej mamy do czynienia z niepowodzeniem leczniczym, czyli przypadkiem, gdzie zrobiono wszystko, co jest możliwe ze strony medycyny, natomiast nie udało się pacjenta wyleczyć z różnych powodów: nieuleczalności choroby, zaawansowania tej choroby, piorunujących przebiegów – jak w przypadku posocznicy, gdzie mimo wdrożenia leczenia i tak nic się nie uda zrobić – dodaje prezes ORL WIL. Dr Kordel do listy niezawinionych zdarzeń dodaje też powikłania czy wypadki medyczne. We wszystkich tych przy-

padkach pacjenci zostają pozbawieni odszkodowania, jeżeli nie wskaże się winnego. *System no fault nie rozpoznaje, kto zawinił, natomiast rozpoznaje potrzeby zdrowotne takiego pacjenta i przydziela mu czasową lub stałą rentę na leczenie, konsultacje, dojazdy do specjalistów, na rehabilitację, nie likwidując przy tym możliwości ustalania winy. Na tym skorzystałby ci, którzy do tej pory nie mają szans, zostają sami ze swoim losem i nikt im nie może pomóc, bo takie mamy rozwiązania w polskim prawie* – zauważa Krzysztof Kordel.

Lek. Łukasz Jankowski prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej został 13 maja. W wywiadzie dla „Rynku Zdrowia”, jednym z pierwszych, jakich udzielił po XV Krajowym Zjeździe Lekarzy, powiedział: *No fault jest najważniejszy. Gdybyśmy mieli w ciemno założyć, że przez cztery lata załatwimy tylko jedną sprawę, to postawiłbym właśnie na no fault. Dzisiaj zapewniam, że te słowa pozostają aktualne. Jest to sprawa absolutnie kluczowa, bo dotyczy tak naprawdę wielu obszarów systemu ochrony zdrowia, dotyczy bezpieczeństwa pacjenta, pacjentocentryzmu, bezpieczeństwa lekarza, tego, jak lekarz czuje się w systemie, możliwości rozwoju lekarza, ilości kadr medycznych, dostępności do świadczeń – to wszystko poprawiłoby się, gdybyśmy wprowadzili system no fault – kompleksowy system bez orzekania o winie z zadośćuczynieniem dla pacjenta, z wyciąganiem wniosków z ewentualnych zdarzeń niepożądanych* – wymienia prezes NRL.

No fault to system cieszący się poparciem wiodącej organizacji pacjenckiej, jaką jest Fundacja My Pacjenci. Bardzo często zdarzenia niepożądane w medycynie, tak jak katastrofy w lotnictwie, są skutkiem kilku różnych czynników, które w tym momencie zaistniały. Szukanie kozła ofiarnego, jakiejś jednej osoby, którą trzeba wskazać palcem, że to jesteś ty, to jest twoja wina, jest totalnym bezsensu, ponieważ taka osoba czuje się w jakiś sposób też wykluczona, napiętnowana, traci serce do pracy z pacjentem – słyszymy od Magdaleny Kołodziej, prezes fundacji. Fundacja My Pacjenci w 2017 r. wydała raport „Bezpieczny pacjent. Kierunki koniecznych zmian systemowych”, w którym czytamy: „Obecne rozwiązania w obszarze odszkodowań z tytułu zdarzeń medycznych nie spełniają oczekiwań pacjentów ani personelu medycznego. Procesy sądowe z uwagi na ich przewlekłość, a tryb pozasądowy w wyniku niskiego odsetka spraw zakończonych przyjęciem przez poszkodowanych odszkodowań, kreują kulturę poszukiwania winnych, a nie analizowania i eliminowania przyczyn zdarzeń medycznych i nie przyczyniają się do poprawy bezpieczeństwa leczenia. W celu stworzenia kultury uczenia się zespołów medycznych na błędach konieczne jest stworzenie warunków, w których mogłaby następować na preferencyjnych warunkach naprawa wyrządzonych szkód, wypłacanie ofiarom zdarzeń medycznych odszkodowań, zgłaszanie zdarzeń medycznych przez pacjentów i personel medyczny bez obaw o konsekwencje karne czy zawodowe, ich analizowanie oraz podawanie danych zagregowanych do publicznej wiadomości, tworzenie rankingów świadczenio-

dawców oraz budowa systemu motywacyjnego dla placówek medycznych, uzależnionego od wyników bezpieczeństwa i jakości leczenia w placówce”.

Krokiem w kierunku realizacji zbieżnych postulatów środowiska lekarskiego i pacjenckiego miała być ustawa o jakości zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, ale...

Politykom wytłumaczyć trudno

Minister zdrowia Adam Niedzielski pod koniec kwietnia brał udział w konferencji „Bezpieczeństwo Pacjenta” pod egidą Rzecznika Praw Pacjenta oraz Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W czasie swojego przemówienia powiedział niemal wprost, że w przy obecnym układzie politycznym szanse na przyjęcie ustawy są bliskie zeru: *Na pewno system no fault, o którym sobie marzyliśmy wszyscy, jest kontrowersją i to trzeba otwarcie powiedzieć. My, jako*

„insiderzy”, jesteśmy do niego stuprocentowo przekonani, ale niestety na poziomie politycznym jest to bardzo trudne do wytłumaczenia, nie wymieniając konkretnych resortów. Tajemnicą poliszynela jest, że główny hamulcowy to minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro.

Co budzi sprzeciw Ziobry?

Przede wszystkim zapis, zgodnie z którym „Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego nie stanowi podstawy do wszczęcia wobec osoby, która tego zgłoszenia dokonała, postępowania dyscyplinarnego, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania karnego, chyba że w wyniku prowadzonej analizy przyczyn źródłowych zdarzenie to okaże się czynem popełnionym umyślnie”. Zdaniem resortu sprawiedliwości wyłączenie odpowiedzialności karnej lekarzy jest sprzeczne z konstytucją.

W tym momencie należy postawić kolejne pytania. Po pierwsze, czy ww. zapis rzeczywiście znosi odpowiedzialność medyków na gruncie karnym? Czy jeżeli pacjent złoży wniosek o ściganie z art. 160 Kodeksu karnego, czyli narażenia na niebezpieczeństwo, prokuratura będzie musiała odmówić wszczęcia postępowania, jeżeli lekarz zgłosił wcześniej niepożądane zdarzenie? Kwestia nie wydaje się jednoznaczna. Drugie pytanie, które należy zadać, dotyczy samej istoty odpowiedzialności karnej w ramach systemu *no fault*. W przywołanym już modelu szwedzkim w przypadku zaniechania, zaniechania lub celowego działania, które doprowadziło do uszkodzenia ciała lub śmierci pacjenta, lekarz podlega kodeksowi karnemu. Sęk w tym, że w związku z dobrze działającym systemem kompensacji szkód relatywnie niewielu pacjentów decyduje się na drogę sądową. *Dla mnie trudne byłoby stworzenie systemu no fault bez wyłączenia odpowiedzialności karnej* – mówi lek. Łukasz Jankowski. *Pewnym ustępstwem, na które możemy się zgodzić, jest pewnie odpowiedzialność cywilna i jej pozostawienie. Natomiast to odpowiedzialność karna tworzy dziś specyficzną atmosferę i presję na lekarzu w systemie ochrony zdrowia. My nawet pracując dobrze, chodzimy po prokuraturach jako świadkowie, tracimy na to czas, tak po prostu nie powinno być. Być może odpowiedzialność* ►

- karna powinna zostać ograniczona do dwóch schematów – pierwszy to wtedy, kiedy pacjent zmarł w wyniku zdarzenia niepożądanego, czyli nieumyślne spowodowanie śmierci, a drugi – to jeżeli błąd medyczny jest rażący. W innych przypadkach, które de facto stanowią większość, kiedy prokuratura wszczyna śledztwo na wniosek pacjentów, a pacjenci wykorzystują tę ścieżkę jako przygotowanie tak naprawdę do dalszego powództwa cywilnego, to nie powinna być w ogóle sprawą dla prokuratury. Zdjęcie presji i ewentualnego zagrożenia więzieniem z lekarzy pozwoliłoby nam lepiej leczyć i o to dzisiaj walczymy – nie ma wątpliwości dr Jankowski. Z kolei stojący na czele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Krzysztof Kordel uważa, że system pozasądowego rekompensowania szkód medycznych nie musi, a nawet nie może wykluczać odpowiedzialności karnej. Jeżeli do świadomości pacjentów dotarłoby, że można w miarę szybko uzyskać pomoc finansową na rehabilitację i leczenie, to myślę, że część ludzi stwierdziłaby „no dobra, błąd był nieumyślny, nikt mi krzywdy nie chciał zrobić, stało się, a w tym momencie mam zabezpieczone moje największe potrzeby, czyli dalsze leczenie, dalszą rehabilitację”. Być może wtedy pacjent nie pójdzie do prokuratury, choć oczywiście będzie miał taką możliwość. Nietoczenie tych postępowań w prokuraturze, a nie należy to do przyjemności, zmniejszyłoby stres ze strony lekarzy, zaoszczędziłoby czas, który się traci na wielokrotne przesłuchiwanie, zmniejszyłoby koszty funkcjonowania państwa, natomiast nie doprowadziłoby do poczucia bezkarności. W debacie publicznej wybrzmiewają głosy, że lekarzom chodzi o bezkarność – nie! Nie da się załatwić pieniędzmi odpowiedzialności karnej, odpowiedzialności zawodowej, ale z pewnością dzięki systemowi no fault możemy znacznie ograniczyć liczbę spraw, które trafiają do wymiaru sprawiedliwości, a jest ich zdecydowanie zbyt wiele – zaznacza prezes ORL WIL.

Świadczenie niższe, ale pewne

Blokowana przez Zbigniewa Ziobrę ustawa o jakości zakłada wprowadzenie systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych, którego celem, przynajmniej w teorii, ma być poprawa jakości opieki i uczenie się na błędach (które są nieuniknione). Uważam, że ten system, który jest dzisiaj proponowany, z jednej strony popycha nas w stronę systemu no fault, ale z drugiej strony blokuje na lata dalszą dyskusję o systemie no fault z prawdziwego zdarzenia. Proponowany system bazuje na zgłaszaniu przez personel medyczny błędów czy zdarzeń niepożądanych. My w wielu przypadkach nie wiemy w ogóle, że popełniliśmy błąd, a po latach prokuratura zaczyna nas ścigać na wniosek pacjenta – mówi Łukasz Jankowski. Wtedy taka ustawa i tak sprofilowany system odpowiedzialności w ogóle nas nie chroni, nie mówiąc już o tym, że często błąd nie jest spowodowany przez jedną osobą, ale przez zespół zdarzeń i zespół ludzi, pytanie – kto miałby odpowiadać, a kto

Stojący na czele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Krzysztof Kordel uważa, że system pozasądowego rekompensowania szkód medycznych nie musi, a nawet nie może wykluczać odpowiedzialności karnej

Dla mnie trudne byłoby stworzenie systemu *no fault* bez wyłączenia odpowiedzialności karnej – mówi lek. Łukasz Jankowski. Pewnym ustępstwem, na które możemy się zgodzić, jest pewnie odpowiedzialność cywilna i jej pozostawienie. Natomiast to odpowiedzialność karna tworzy dziś specyficzną atmosferę i presję na lekarzu w systemie ochrony zdrowia.

nie? I czy zdarzenie miało zostać zgłoszone przez jednego z lekarzy, czy przez wszystkich, żeby chronić się przed odpowiedzialnością karną? Myślę, że efektem byłoby zgłaszanie do systemu wszystkich podejrzanych o bycie zdarzeniem niepożądanym sytuacji, co sprawiłoby, że system stałby się nieefektywny. Myślę, że to nie jest właściwa droga. Taki system zgłaszania zdarzeń niepożądanych mógłby być systemem pomocniczym, jednym z filarów, ale przy zniesieniu odpowiedzialności karnej, wtedy to ma sens – twierdzi prezes NRL.

Kolejnym elementem *no fault* zawartym w projekcie ustawy jest wdrożenie pozasądowego systemu rekompensowania szkód doznanych przez pacjentów oraz powołanie Funduszu Kompensacyjnego Świadczeń Medycznych. Za obsługę systemu odpowiedzialny byłby Rzecznik Praw Pacjenta, zniesione za to zostałyby powszechnie krytykowane Wojewódzkie Komisje ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. W komentarzu dla „Menedżera Zdrowia” Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec napisał: „Chodzi o tryb administracyjny, czyli złożenie prostego wniosku do Biura Rzecznika Praw Pacjenta – dzięki temu zbierana byłaby niezbędna dokumentacja, pozyskiwana opinia medyczna, a następnie wydawana decyzja o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego lub jego odmowie. Jest to rzeczywistą alternatywą wobec dochodzenia roszczeń w kosztownym, skomplikowanym i długotrwałym procesie sądowym”. Chmielowiec zaznacza, że takie świadczenie byłoby niższe niż to, które mógłby orzec sąd, ale za to znacznie szybsze i nieporównywalnie łatwiejsze do uzyskania.

„Tryb administracyjny wykluczyłby jeszcze jeden czynnik – bezpośredni konflikt między stronami. Pacjent nie prowadziłby sporu z placówką medyczną, nie zeznawał przed sądem. Każdej placówce medycznej zależałoby na załatwieniu sprawy w ramach państwowego systemu odszkodowawczego, bo byłoby to dla niej korzystne – dawałoby szansę na sprawne wyjaśnienie okoliczności i przyczyn zdarzenia” – zauważa RPP.

Jaki system? Czekamy na Państwa opinie

Wyłączanie czy ograniczanie odpowiedzialności karnej? Wzorowanie się na rozwiązaniach szwedzkich, nowozelandzkich czy tworzenie systemu od zera? Na jakich fundamentach powinniśmy go budować? Jak przekonać społeczeństwo, że na zmianach skorzystamy wszyscy? I jak skutecznie lobbować, by przełamać polityczny opór? W artykule zestawiamy opinie liderów samorządu lekarskiego, organizacji zrzeszającej pacjentów czy Rzecznika Praw Pacjenta. Czas na Państwa głos – głos lekarzy i lekarzy dentystów WIL. Najciekawsze uwagi, polemiki czy głosy poparcia przesłane na adres media@wil.org.pl opublikujemy w kolejnym wydaniu „Biuletynu”.

Pomoc i edukacja

Przy Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej działa pełnomocnik ds. pomocy lekarzom i lekarzom denty stom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu. Decyzją ORL WIL stanowisko objął dr n. med. Artur de Rosier.



Zadaniem pełnomocnika jest pomoc lekarzom, którzy ze względu na stan zdrowia psychicznego, w tym uzależnienia, mają lub mogą mieć trudności w wykonywaniu zawodu lub w wykonywaniu określonych czynności medycznych. Każdy lekarz i lekarz denty sta – członek WIL, mający obawy, że jego stan zdrowia psychicznego się pogarsza, może po rozmowie z pełnomocnikiem dowiedzieć się, czy wymaga profesjonalnej pomocy, a jeśli tak, to jak i gdzie może ją uzyskać. Treść rozmów jest objęta tajemnicą i nie jest dokumentowana.

Do pełnomocnika mogą również zwrócić się osoby zaniepokojone zachowaniem koleżanki/kolegi lekarza z ich najbliższego otoczenia, by rozwiązać wątpliwości, czy osoba ta powinna skontaktować się z pełnomocnikiem.

- **PRZEMYSŁAW CIUPKA: Z samej nazwy stanowiska powierzonego Panu Doktorowi przez Okręgową Radę Lekarską wynika, że celem działalności jest pomoc koleżankom i kolegom – czy istnieje może obawa, że nie będzie chętnych, by z tej pomocy korzystać?**

Artur de Rosier: Myślę, że już ten krótki czas, kiedy jestem pełnomocnikiem, pokazał, że taka potrzeba jest, a potrzeby są szersze, niż nam się wydawało. Przykład – otrzymałem telefon od lekarki, która ma wątpliwości co do stanu psychicznego swojego syna. Uważam, że to też jest rola pełnomocnika, żeby móc w takiej rozmowie ustalić, czy osoby najbliższe lekarzy i lekarzy denty stom z jakichś powodów wymagają pomocy. Okazało się, że jest to nowa, niebrana wcześniej pod uwagę grupa osób. Po pierwsze mamy więc osoby, które same zastanawiają się nad sobą – czy tryb życia w ciągłym biegu, stres nie powodują jakichś zmian? Osoby, do których docierają komunikaty od najbliższych: co się z tobą dzieje, zmieniłeś się – moją rolą będzie ocenić, czy rzeczywiście tak jest; ocenić, czy zachodzi potrzeba psychoterapii lub farmakoterapii, a jeżeli tak, to pokierować w odpowiednie miejsca. Drugą grupę będą stanowić lekarze, którzy mogą mieć wątpliwości np. co do swoich pracowników, współpracowników. Takie osoby mogą zadzwonić z zapytaniem, czy to już jest ten czas, żeby rzeczywiście mówić o uzasadnionych wątpliwościach co do zdolności do wykonywania zawodu. Na pewno będę w takim przypadku wychodził z propozycją, żeby spróbować namówić taką osobę do spotkania ze mną. Takie spotkania, wykorzystując czasami swoją wiedzę psychiatryczną, odbywałem już wcześniej, będąc jeszcze prezesem, i czasami udawało się komuś pomóc. Trzecia grupa, jak życie pokazało, to będą rzeczywiście rodziny osób z zaburzeniami bądź podejrzeniem zaburzeń psychicznych. Mamy też problem wypalenia zawodowego – na tym polu jestem gotów do współpracy z Komisją ds. Młodych Lekarzy i podejmowanymi przez tę komisję inicjatywami. Jest to na pewno z jednej strony bardzo szeroka psychoedukacja, z drugiej strony realna pomoc.

- **Wśród zarysowanych obszarów działania zachęca Pan lekarzy obserwujących niepokojące zachowanie swoich koleżanek, kolegów do zgłaszania...**

Nie zgłaszania – wyjaśniania wątpliwości.

- **Oczywiście mówimy o działaniu w najlepszej wierze, mimo wszystko jednak może pojawić się tu bariera pod hasłem „donosicielstwo”, jak tę barierę przełamać?**

Dlatego rola pełnomocnika to z jednej strony udzielanie pomocy, z drugiej strony udzielanie wyjaśnień. Kwestia dotycząca zgłoszenia do rady okręgowej, przed komisję specjalną, wymaga pewnego sformalizowania. To absolutnie nie odbywa się rękoma pełnomocnika. Natomiast ktoś może mieć wątpliwości, czy zachowanie takie a takie może zdradzać zaburzenia psychiczne lub wskazywać, że dana osoba jest uzależniona. Po zasięgnięciu informacji to ta osoba podejmie decyzję o ewentualnym formalnym zgłoszeniu do izby. Moją rolą jest pomoc i edukacja.

- **Zasadą kontaktu z Panem jako pełnomocnikiem jest pełna poufność.**

Absolutnie tak. Przede wszystkim ja nie będę prowadził dokumentacji, a jedynie ogólną statystykę, która będzie mi niezbędna, żeby wykazać sposób i efekty działania, przedłożyć sprawozdanie. Natomiast wszelkie informacje pozostaną wyłącznie pomiędzy osobą zainteresowaną a mną.

W tym miejscu zaznaczę, że odpowiem na każdego maila. Jeżeli nie będę mógł odebrać telefonu, proszę o SMS – jestem lekarzem praktykującym i nie zawsze mogę być do Państwa dyspozycji w danej chwili, ale na pewno oddzwonię.

Zależy mi na tym, żeby rola pełnomocnika była szersza niż interwencje w sytuacjach ostrych, trudnych. Liczę na to, że przy okazji organizacji wydarzeń edukacyjnych w ramach EDU WIL, kiedy będziemy mówić o zdrowiu psychicznym lub poruszać kwestie związane ze zdrowiem i uzależnieniami, będę mógł wystąpić na forum, żeby informacja o działalności pełnomocnika doszła nieco dalej.

- **Żyjemy w bardzo niepewnych czasach, na pandemię nałożyła się wojna u naszych sąsiadów. Czy następujące po sobie kryzysy mogą pogłębić problemy, z którymi będzie się Pan borykał?**

Widać to w mojej codziennej praktyce. Pandemia była przyczynkiem do tego, że coraz więcej osób zgłaszało się do psychiatrów. Obecnie to trzecia osoba, w ogóle o to nie pytana, mówi, że martwi się sytuacją na Ukrainie, obawia się o bezpieczeństwo własne, bezpieczeństwo Polski. Osoby obdarzone dużą empatią przeżywają wraz z braćmi Ukraińcami to, czego oni doświadczają. W związku z tym rzeczywiście u wielu osób zachodzi ryzyko pogorszenia stanu psychicznego związane z poczuciem zagrożenia, a my, lekarze, jesteśmy takimi samymi pacjentami jak inni.

Pełnomocnik ds. pomocy lekarzom i lekarzom denty stom, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu
adres e-mail: artur.derosier@wil.org.pl

- mailowo – proszę w temacie napisać, że sprawa dotyczy kontaktu z Pełnomocnikiem tel. 603 162 384
- SMS – proszę napisać, że sprawa dotyczy kontaktu z Pełnomocnikiem
- telefonicznie – Pełnomocnik może nie odebrać, ale na pewno oddzwoni

Małpia ospa – czy to nowa pandemia?

Pandemia COVID-19 jeszcze nie została odwołana, a już nowa choroba zakaźna wywołała niepokój na świecie. Tym razem małpia ospa. Choroba nazwą i częściowo objawami przypomina ospę prawdziwą, ale jest to zupełnie inna jednostka.

Nazwa choroby pochodzi od wykrycia tego zakażenia po raz pierwszy w roku 1958 u małp zakupionych w Singapurze dla duńskiego laboratorium naukowego. Zidentyfikowano wówczas także czynnik etiologiczny – wirus z rodziny *Poxviridae*, czyli tej samej, do której należy wirus ospy prawdziwej. W 1970 r. opisano w Demokratycznej Republice Konga pierwszy przypadek u chorego dziecka, u którego podejrzewano początkowo ospę prawdziwą. W następnych latach sporadycznie diagnozowano pojedyncze osoby zakażone tym wirusem, chociaż szczegółowe dane epidemiologiczne nie są znane, gdyż większość zachorowań występuje w Afryce Zachodniej i Środkowej. Nadal chorują głównie zwierzęta – oprócz małp, także wiewiórki, myszy, szczury i pieski priowe. Występowanie zachorowań u ludzi poza Afryką związane jest albo z zawlekaniami tego zakażenia przez turystów, albo też chorobę przenoszą importowane zwierzęta sprzedawane następnie w sklepach zoologicznych na całym świecie. W tym roku pojawiła się znacznie większa liczba chorych w Europie. Na dzień 8 czerwca 2022 r. zarejestrowano 704 potwierdzone przypadki małpiej ospy w 18 krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz 473 w 10 innych krajach spoza UE/EOG. Warto zwrócić uwagę, że zaobserwowano wzrost zachorowań u ludzi po zaniechaniu szczepień przeciwko ospie prawdziwej. Najprawdopodobniej to szczepienie chroni także przed zachorowaniem na ospę małpią.

Do zakażenia dochodzi przez kontakt z płynami ustrojowym chorego zwierzęcia, ale także drogą kropelkową – z wydzieliną z dróg oddechowych zakażonych zwierząt lub ludzi. Okres inkubacji trwa około 7–14 dni, maksymalnie 21 dni. Po tym czasie pojawiają się objawy prodromalne w postaci gorączki, bólu głowy i dosyć charakterystycznego powiększenia węzłów chłonnych. Następnie pojawiają się zmiany w jamie ustnej (pęcherzyki, owrzodzenia) oraz na skórze. Zmiany skórne ewoluują jednocześnie od plamki,



Prof. dr hab. Jacek Wysocki
kierownik Katedry i Zakładu
Profilaktyki Zdrowotnej,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

przez grudkę i pęcherzyk, do krosty, które po 5–7 dniach pękają i w ich miejscu pojawiają się strupki. Po kolejnych 7–14 dniach strupki odpadają i chory przestaje zakażać. Powrót chorego do pełni sił trwa około 3–4 tygodni. Zmiany skórne występują na twarzy, na kończynach (także na dłoniach i stopach, co jest charakterystyczne dla ospy prawdziwej) oraz na innych częściach ciała. Liczba wykwitów jest bardzo zróżnicowana – od zaledwie kilkunastu do kilku tysięcy. Diagnostyka zakażenia polega na wykryciu DNA wirusa w materiale pobranym ze zmian śluzówkowych i skórnych. Nie ma leczenia przyczynowego, stosuje się tylko leczenie objawowe.

W rozpoznaniu różnicowym trzeba wziąć pod uwagę m.in. ospę wietrzną, rozsiany półpasiec, rozsiane zakażenia wirusem opryszczki czy zakażenia bakteryjne skóry. Warto pamiętać, że pęcherzyki w ospie małpiej są podobne do tych, które obserwowano w przebiegu ospy prawdziwej – większe o średnicy 2–10 mm, pokryte dość grubą warstwą naskórka i położone głębiej niż w innych wymienionych wyżej zakażeniach. Choroba przebiega znacznie łagodniej niż ospa prawdziwa, ma niewielką śmiertelność, a do zakażenia dochodzi w wyniku bliskiego kontaktu z osobą chorą lub zakażonymi zwierzętami. Powikłania ospy małpiej są stosunkowo rzadkie. Obserwuje się uszkodzenia rogówki, jeśli dojdzie do przeniesienia zakażenia do oka, niekiedy zapalenie płuc lub powikłania neurologiczne.

Aktualnie nie ma szczepionki przeciwko ospie małpiej. Wykorzystuje się odporność przeciwko tej chorobie, jaka powstaje po podaniu szczepionki przeciwko ospie prawdziwej. Nie używa się już starych generacji tych szczepionek. Od lipca 2013 r. w Unii Europejskiej zarejestrowano nowoczesną szczepionkę przeciwko ospie prawdziwej trzeciej generacji, która zawiera zmodyfikowany, niezdolny do replikacji wirus krowianki szczepu Ankara, namnażany w hodowli komórek zarodka kurzego. Jest zarejestrowany do uodparniania osób dorosłych (≥ 18 lat). Szczepienie podstawowe składa się z 2 dawek podanych w odstępie co najmniej 28 dni. Możliwe jest zastosowanie poekspozycyjne tej szczepionki w ciągu 4 dni od kontaktu z osobą chorą. W przypadku osób starszych, które były w okresie dzieciństwa szczepione przeciwko ospie prawdziwej (szczepienie to wycofano z Programu Szczepień Ochronnych pod koniec lat 70. XX w.), wystarcza podanie jednej dawki przypominającej, z wyjątkiem osób o obniżonej odporności, którym należy podać 2 dawki w odstępie co najmniej 28 dni.

Pamiętajmy, że ospa małpia jest chorobą znacznie łagodniejszą niż ospa prawdziwa, a do zakażenia jest potrzebny bliski kontakt z zakażonymi zwierzętami lub chorymi ludźmi. To sprawia, że choroba ta nie ma takiego potencjału epidemicznego, jak choćby COVID-19. Pracownik służby zdrowia może jednak zetknąć się z ludźmi chorymi na tę chorobę i warto wówczas pamiętać o możliwości wczesnego szczepienia poekspozycyjnego. ■



Złote i Srebrne Eskulapy 2022

Odnaczenia nadawane przez delegaturę w Pile są przyznawane już od 20 lat. Złotym Eskulapem odznaczani są lekarze i lekarze dentyści po 50 latach od uzyskania prawa wykonywania zawodu, natomiast Srebrne Eskulapy są przyznawane po 25 latach. Otrzymują je tylko te osoby, które swoją postawą oraz osiągnięciami zawodowymi stanowią wzór do naśladowania dla koleżanek i kolegów.



Uroczystość wręczenia odznaczeń odbyła się 4 czerwca na terenie delegatury w Pile. W wydarzeniu wzięli udział: przewodnicząca delegatury w Pile lek. Joanna Harbuzińska-Turek, prezes ORL WIL dr n. med. Krzysztof Kordel, wiceprezes ORL WIL lek. Marcin Karolewski oraz skarbnik ORL WIL lek. Michał Dopierała.

Jest to na pewno szczególne wydarzenie w życiu delegatury – podkreśla lek. Joanna Habuzińska-Turek. Odnaczenia nie są przyznawane tylko z uwagi na czas, jaki upłynął od uzyskania dyplomu. Na to odznaczenie trzeba sobie zasłużyć zarówno ścieżką zawodową i dokonaniem na tym polu, ale także postawą życiową, czyli przyzwoitością, uczciwością, także poza pracą – dodaje.

W tym roku delegatura w Pile przyznała 18 Złotych oraz 12 Srebrnych Eskulapów. Z różnych względów, często problemów zdrowotnych, nie wszyscy laureaci mogli odebrać wykonaną z cennych kruszców przypinkę osobiście.

Od wielu lat mam przyjemność gościć na tej imprezie, zresztą cały czas mówiłem, że to był genialny pomysł koleżanek i kolegów z Piły – zaznacza dr n. med. Krzysztof Kordel.



Fot. Monika Bączek 3x

Praca lekarza to nieustanny pośpiech, nieustanne gnanie gdzieś do przodu, a takie imprezy pozwalają nam się zatrzymać, zauważyć ten mijający czas, lata pracy, jakie mamy za sobą – zauważył podczas uroczystości lek. Marcin Karolewski. (cep)

W roku 2022 odznaczeni zostali:

ZŁOTE ESKULAPY:

Elżbieta Andrzejak
Witold Czech
Teresa Czujko-Wierciuch
Jerzy Filipowski
Jan Hołoś
Wielisława Kaliska
Jadwiga Kielczawa
Zdzisława Klucznik-Dusikowska
Krystyna Kubat
Aleksandra Kwaszyńska
Marian Maciuba
Mirosława Olszewska

Jan Olszewski
Włodzimierz Różalski
Zofia Stefankiewicz
Ewa Warduleńska
Aleksandra Winowska
Anna Ziętkiewicz



SREBRNE ESKULAPY:

Magdalena Haase-Grzebita
Lucyna Kotecka-Baran
Bartosz Kowalski
Mariusz Łabędzki
Edyta Newska
Dariusz Nowski
Honorata Nowak
Przemysław Olejnik
Dariusz Ścierwicki
Agnieszka Świdzka-Czerniel
Małgorzata Walewska
Ewa Winnicka

Majówka dla Seniorów w pilskiej delegaturze

Było coś dla ciała i dla ducha, wspólny obiad, część artystyczna, a potem niekończące się rozmowy oraz wspomnienia – tak wyglądało Spotkanie Integracyjne Lekarzy Emerytów i Rencistów z Delegatury WIL w Pile, które odbyło się 20 maja. Na zaproszenie pilskiej delegatury odpowiedziało ponad 80 lekarzy seniorów.



Fot. Anna Janik

Gości przywitała przewodnicząca delegatury lek. Joanna Harbuzińska-Turek. Towarzyszyli jej wiceprezisi ORL WIL dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz oraz lek. Mateusz Szulca.

Spotkanie uświetnił koncert dr Elżbiety Czechowskiej, prezes Polskiej Orkiestry Lekarzy, i jej córki Natalii. Uroczymi frazskami swojego autorstwa podzielił się pan Roman Konig, towarzyszący żonie lekarce. A oto jedna z nich:

Licznik kroków

Są programy w telefonie,
które służą mojej żonie,
choć patrzę na to z boku,
trudno jej dotrzymać kroku,
bo ma licznik w swoim iPhone,
ona chodzi, ja ją gonię.
Tak mijają nam miesiące,
liczy kroki, ich tysiące.
Trudno na to się obrazić,
jednak muszę ciągle łączyć,
czasem gorsze jest powietrze,
a ja chodzę i się wietrzę.
Zawsze kroków jest za mało,
zawsze więcej by się zdało,
pięć tysięcy – żona powie:
„Jeszcze trochę – marsz po zdrowie!”.

ANNA GRZESIAK

Więcej na stronie internetowej:
wil.org.pl/spotkanie-seniorow-w-pile

Powiatowe spotkania z seniorami



Fot. Przemysław Ciupka

Po pandemicznej przerwie wracają spotkania lekarzy emerytów z podpoznańskich miejscowości. W pierwszej połowie czerwca przedstawiciele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej mieli przyjemność zorganizować i gościć na imprezach w Grodzisku Wielkopolskim, Szamotułach oraz Gnieźnie.

Te spotkania mają swoją tradycję i odbywają się corocznie, cyklicznie, z przerwą na ostatnie dwa lata, wiadomo, jaka to była sytuacja. Teraz zaczynamy to wszystko od nowa – mówi dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz, przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów.

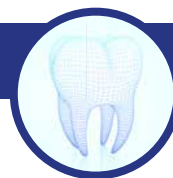
Wreszcie możemy się spotkać i chwilę porozmawiać. Myślę, że tego bardzo brakowało przez dwa pandemiczne lata. Widać, że koleżanki i koledzy są spragnieni takich inicjatyw – dodaje dr n. med. Krzysztof Kordel, prezes ORL WIL.



Fot. Monika Bączek

7 czerwca lekarze seniorzy spotkali się w Grodzisku Wielkopolskim, gdzie zjechały osoby z powiatów grodzkiego, nowotomyskiego i wolsztyńskiego. Dzień później w Szamotułach biesiadowali lekarze z powiatów szamotulskiego, międzychodzkiego i obornickiego, z kolei 9 czerwca w Gnieźnie ucztowali medycy z okolic pierwszej stolicy Polski i Szamotuł.

Jako przedstawiciel młodych lekarzy chciałbym zintegrować moje środowisko z lekarzami o większym doświadczeniu. Widzimy, że możemy sobie bardzo mocno wzajemnie pomóc, możemy się wspierać i sądzimy, że izba powinna być naszym wspólnym dobrem. W ramach izby możemy się integrować, a nie ulegać wątpliwości, że od lekarzy seniorów możemy nauczyć się bardzo wiele – podkreśla lek. Karol Lubarski, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy. (cep)



Garść aktualności

7 czerwca odbyło się kolejne spotkanie Komisji Stomatologicznej WIL. Dyskusję w dużej mierze zdominował problem zapowiadanej od 1 lipca 2022 r. przez Ministerstwo Zdrowia „znaczącej podwyżki płac dla pracowników ochrony zdrowia”. W spotkaniu uczestniczył prezes Krzysztof Kordel oraz mecenas Sława Maćkowiak (Biuro Prawne WIL), a także uczestniczący w dotychczasowych rozmowach z MZ dr Andrzej Cisko. Obaw zebranych nie można było rozwiązać, procedury przyznawania podwyżek w gabinetach z kontraktem zawsze sprowadzały dyskusję z personelem średnim. Jeden jedyny raz w historii przyznano podwyżkę pielęgniarcom i były to znaczone przez NFZ pieniądze. Pielęgniarek w stomatologii mamy jak na lekarstwo – w specjalistycznych gabinetach chirurgii stomatologicznej i szczękowej. Problem nie zniknie przed oddaniem „Biuletynu” do druku, informacje będą się ukazywały na stronie internetowej WIL.

Potrzebna pomoc

Zaprzysiężony z Polską prof. dr hab. Myhron Uhryn, docent w Katedrze Protetyki Stomatologicznej z Uniwersytetu we Lwowie, podczas Konferencji Chirurgii i Implantologii w Jachrance prezentował problem leczenia dzieci i dorosłych z ranami twarzoczaszki, które zaopatruje obecnie jego fundacja.

Przekazał na ręce jednego z naszych profesorów listę nieustannie brakujących elementów wyposażenia – od poważnych i kosztownych po zwykle drobiazgi, niestety dla nich obecnie nieosiągalne lub za drogie. Działają głównie dzięki wsparciu z Polski, w tym z Krakowa i Lublina. Profesor Uhryn był gościem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu – zapoznawał się z metodami planowania i wszczepiania implantów w Klinice Chirurgii Stomatologicznej, zapraszał też kolegów z kilku klinik do wygłoszenia wykładów na konferencjach we Lwowie. Jednym słowem jest to chirurg znany i ceniony, a tym samym wiarygodny. Listę potrzeb mamy w Redakcji „Biuletynu”, zamieścimy ją też na stronie Oddziału PTS, a po uzyskaniu zgody na prowadzenie zbiórki prześlemy szczegóły. Z ogłoszeń widzimy, że zdarzają się informacje o ograniczeniu bądź zamknięciu praktyki stomatologicznej – być może niektóre, zwłaszcza posiadające datę ważności przedmioty, mogłyby pojechać do Lwowa? Członkowie komisji poparli prośbę o udzielenie pomocy.

Wyjazd integracyjny

Wakacje w tym roku będą, może nie dla wszystkich, lecz będą. Padł więc pomysł wspólnego wyjazdu do cieplejszego kraju, wprawdzie większości znanego, ale nie ma na co narzekać, skoro wszystko podano jak na tacy. Pobyt jest zaplanowany w tureckiej miejscowości Belek w pięciogwiazdkowym Hotelu Cristal Resort. Wylot planowany jest z Poznania w środę, 12 października, o godz.

6.15, powrót w sobotę, 15 października, o godz. 23.45. Koszt pobytu w podanym wyżej standardzie wynosi 2366 zł. Jest możliwość przedłużenia pobytu o 1 dzień – wtedy koszt wynosi 2630 zł, a powrót w niedzielę o godz. 19.00. Wszelkich informacji udziela Biuro Turystyczne NAM w Kaliszu, ul. Chopina 26/28. Bliższych informacji można zasięgnąć u lek. dent. Marii Budź – kom. 604 205 110.

Z kijkami marsz

Informuję z przyjemnością, że 16. Spacer z Kijkami do Lasu z okazji Światowego Dnia Serca został już zaplanowany, zgodnie ze zwyczajem, na niedzielę 25 września. Spotkanie odbędzie się na terenie Nadleśnictwa Czerniejewo. Szczegóły – w tym te o zdrowiu – w numerze wrześniowym.

Wydarzenia nadchodzące i minione

We wrześniu odbędzie się też CEDE oraz Targi i Kongres Stomatologii i Medycyny Estetycznej w Warszawie (w dniach 8–10 września 2022 r.).

W maju na spotkaniu online poświęconym cyfryzacji w stomatologii – a to w związku z objęciem przez PTS i Align Technology promocji tych jakże ważnych i interesujących zagadnień – było stosunkowo niewielu słuchaczy. Stąd pomysł, aby tematykę klinicznych zastosowań technologii przedstawił jeden z referentów – dr n. med. Adam Piosik. Stąd pomysł, aby tematykę klinicznych zastosowań technologii przedstawili referenci – dr n. Adam Piosik oraz dr inż. Sergiusz Strykowski (s. 14).

Kontynuując tematykę dotyczącą leczenia, rehabilitacji oraz nauczania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, zajrzyjmy na konferencję przygotowaną przez zespół pod kierownictwem prof. Karoliny Garreth (s. 17).

Udanych wakacji!

ANNA KURHAŃSKA-FLISYKOWSKA

Aplikacja mobilna WIL

- rezerwacja terminu wizyty
- możliwość szybszego zapisu na wybrane kursy i konferencje
- pobieranie oryginałów uchwał podpisanych elektronicznie (podając PWZ i kod uzyskany z rejestru)
- przyjazny interfejs

PLAY STORE



APP STORE



Cyfrowa stomatologia, ale analogowe myślenie

W stomatologii w ostatnim czasie bardzo dużą popularnością cieszy się stomatologia cyfrowa, która oznacza wykorzystanie mocy obliczeniowej komputerów do przetwarzania cyfrowej reprezentacji danych i modeli medycznych podczas realizacji procedur klinicznych. W tym artykule zostaną przedstawione przykłady zastosowania metod i narzędzi cyfrowej stomatologii do realizacji procedur z zakresu protetyki, ortodoncji, medycyny estetycznej, implantologii i leczenia problemów zgryzowych.

Cyfrowa stomatologia w protetyce

Poniżej zostanie opisane porównanie klasycznej procedury protetycznej z metodą cyfrową na przykładzie wykonawstwa licówki ceramicznej – są to procedury, które posiadają wiele wspólnych elementów. U prezentowanego pacjenta wcześniej wykonana licówka uległa uszkodzeniu po nagryzieniu na twardy przedmiot – widelec. Ukruszenie było naprawiane trzykrotnie, aż w końcu wspólnie z pacjentem została podjęta decyzja o trwałej naprawie poprzez wymianę uszkodzonej licówki na nową. Pierwszą czynnością jest dobór koloru, aby nowa licówka nie odróżniała się od dotychczasowych. Na tym etapie wykorzystuje się aparaty fotograficzne, aby utrwalić obraz – obecnie są to głównie aparaty cyfrowe, w których zamiast na analogowej kliszy fotografie są zapisywane w postaci pliku na karcie pamięci. Pozwala to skrócić czas pracy oraz znacząco obniżyć koszt wykonywania wielu zdjęć podczas jednej sesji. Fotografie zębów są wykonywane z kluczem kolorów zarówno przed preparacją, jak i już oszlifowanego filaru, co pozwoli ceramiciście lepiej dobrać parametry optyczne przyszłej licówki (rycina 1).

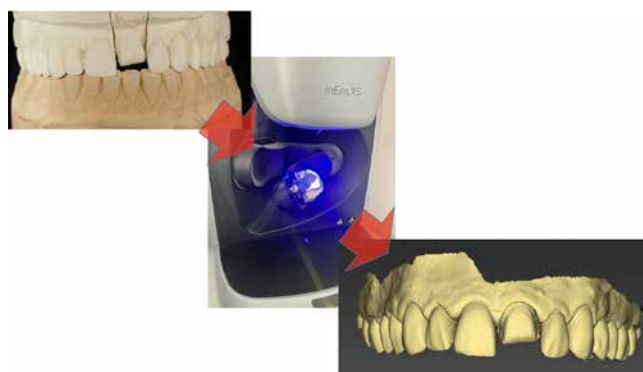


Rycina 1. Widok filaru przygotowanego do skanowania/wyciski z nią retrakcyjną, oraz fotografia z widocznym kolorem zęba filarowego i przyłożonym kluczem kolorów.

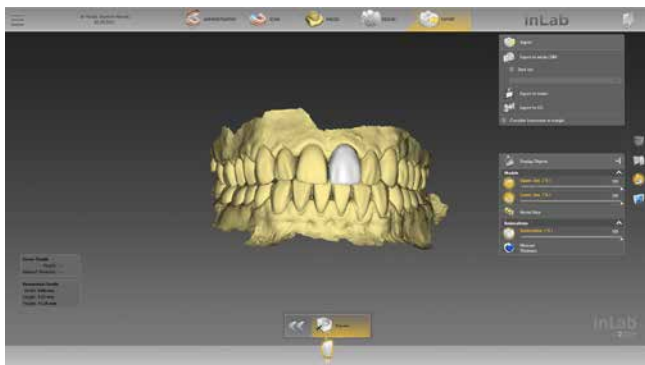
Następnie przystąpiono do zdjęcia dotychczasowej licówki. Aby ząb filarowy nie został uszkodzony, procedura została wykonana w powiększeniu, przy wykorzystaniu mikroskopu zabiegowego. Kiedy filar jest gotowy, trójwymiarowa informacja na temat kształtu filaru jest przekazywana technikowi – może to zostać zrobione albo w postaci klasycznego wycisku, albo w postaci cyfrowego modelu wykonanego za pomocą skanera wewnątrzustnego. W obu przypadkach należy odpowiednio przygotować pole zabiegowe, aplikując nić retrakcyjną dla lepszego wyeksponowania granicy preparacji. W przypadku

techniki cyfrowej sam proces skanowania jest bardzo sprawny i nawet początkujący lekarz po dwóch–trzech próbach może czuć się przeszkolony w wykonywaniu dobrych skanów pola protetycznego. Wierność odwzorowania pola protetycznego w modelu cyfrowym zależy od dwóch głównych czynników: jakości elementów optycznych zastosowanych w skanerze oraz oprogramowania. Z technicznego punktu widzenia skanowanie polega bowiem na wykonaniu serii dwuwymiarowych zdjęć, które są następnie analizowane przez oprogramowanie do wygenerowania trójwymiarowego modelu.

W procedurach cyfrowych, identycznie jak w tradycyjnych, potrzebny jest skan łuku przeciwstawnego oraz rejestracja zwarcia poprzez zeskanowanie odcinków bocznych w wybranej pozycji zwarciowej. Jest to odpowiednik kęsa zwarciowego techniki analogowej. Finalnie, na monitorze komputera współpracującego ze skanerem, jest prezentowany w specjalnym oprogramowaniu trójwymiarowy model pola protetycznego (model cyfrowy). Taki model pozwala na natychmiastową ocenę jakości preparacji oraz jej odwzorowanie – dokładnie tak samo, jak będzie ją widział technik. W przypadku niezadowolającej jakości modelu lekarz może go natychmiast poprawić i ponownie zeskanować wybrany fragment pola protetycznego. Weryfikacja jakości odwzorowania filarów na tym etapie pozwala uniknąć niedokładności na późniejszych etapach pracy protetycznej, jak również ewentualnego powtarzania np. wycisków czy całej licówki. Dodatkową korzyścią techniki cyfrowej jest możliwość natychmiastowego wysłania modeli cyfrowych przez internet do dowolnej pracowni protetycznej, zlokalizowanej w dowolnym miejscu na świecie. Taki proces bardzo poprawia logistykę pracy gabinetu stomatologicznego, czas wykonania prac protetycznych, jednocześnie obniżając koszty pracy. Dla porównania – wycisk klasyczny np. z masy polieterowej, bardzo dokładnie oddaje geometrię pola protetycznego, wymaga jednak transportu do laboratorium protetycznego i odlania modelu gipsowego. Na tym etapie, nawet jeżeli lekarz nie posiada skanera wewnątrzustnego, korzystną informacją jest możliwość przetworzenia klasycznego modelu gipsowego w model cyfrowy za pomocą skanera stacjonarnego w laboratorium protetycznym. Przykład takiego skanera jest przedstawiony na rycinie 2.



Rycina 2. Proces zamiany fizycznego modelu gipsowego poprzez skaner stacjonarny w trójwymiarowy model cyfrowy.



Rycina 3. Wirtualny projekt licówki na ząb 21.

Od tego momentu zaczyna się kolejny ważny etap, jaki umożliwia stomatologia cyfrowa – projektowanie przyszłej pracy. Technik, z wykorzystaniem oprogramowania, wykonuje na wirtualnym modelu projekt licówki (rycina 3). Stąd popularna nazwa CAD: *Computer Assisted Design*, czyli projektowanie wspomagane komputerowo. Tutaj, pomimo podpowiedzi z oprogramowania, bardzo ważne, a wręcz niezastąpione, jest doświadczenie i wycucie estetyki przez technika. Oprogramowanie na podstawie posiadanych bibliotek elementów (licówek, koron, itd.) i wbudowanych algorytmów zawsze proponuje wersję domyślną pracy protetycznej, ale



Rycina 4. Porównanie licówki wykonanej techniką klasyczną po lewej stronie i licówki wykonanej w technice cyfrowej CAD/CAM.



Rycina 5. Efekt końcowy po osadzeniu licówki wykonanej w technice cyfrowej.

decyzja w sprawie ostatecznej postaci pracy powinna zawsze należeć do człowieka. W oprogramowaniu możliwe są liczne korekty bez konieczności powtarzania czynności od zera. Gotowy projekt licówki jest następnie wycinany z odpowiedniego bloczka ceramiki w sterowanej cyfrowo frezarce. Tutaj warto rozwinąć kolejny już powszechny termin, jakim jest CAM: *Computer Assisted Manufactury*, czyli komputerowe wspomaganie wytwarzania. Obydwa systemy – CAD i CAM – funkcjonują zatem w pełnej synergii i zazwyczaj są wspólnie określane akronimem CAD/CAM. Licówka wycięta przez frezarkę jest następnie dopracowywana manualnie przez technika ceramistę np. poprzez odpowiednie efekty estetyczne i glazurowanie. Dla porównania techniki wykonania licówki, dla prezentowanego pacjenta wykonano dwie licówki: cyfrową w systemie CAD/CAM oraz analogową (rycina 4). Licówka analogowa została wykonana przez ceramistę przy wykorzystaniu klasycznej procedury. Licówka klasyczna jest przedstawiona na modelu gipsowym, natomiast licówka cyfrowa jest widoczna na modelu z żywicy wydrukowanym za pomocą drukarki 3D. W procesie przymierzania obu licówek korzystniejsza okazała się licówka cyfrowa, która została trwale osadzona na zębie filarowym pacjenta (rycina 5).

Podsumowując zalety protetyki cyfrowej w stosunku do tradycyjnej, warto wspomnieć o uniknięciu odruchu wymiotnego, który może towarzyszyć tradycyjnym wyciskom oraz o łatwości doskanowania wybranego miejsca w przypadku odkrycia niedoskonałości zeskanowanego pola protetycznego na ekranie monitora. Warto też porównać koszty, np. w skali roku przy zastosowaniu precyzyjnych mas wyciskowych. Istotny może okazać się też koszt i czas transportu wycisków do laboratorium protetycznego.

Cyfrowa stomatologia w ortodencji

Cyfrowa stomatologia to również ortodencja. W ortodencji cyfryzacja jest pomocna już na etapie obliczania wskaźników podstawowego cefalometrycznego prześwietlenia RTG – w oprogramowaniu do analizy zdjęć RTG lekarz nanosi odpowiednie punkty anatomiczne, a zawarte w oprogramowaniu algorytmy natychmiast obliczają wartości odpowiednich kątów i odległości. Kolejnym etapem są modele cyfrowe, na których również oprogramowanie automatycznie dokonuje odpowiednich pomiarów, takich jak szerokość zębów i łuków zębowych, odległość międzyżukową i odległość między trzonowcami. Dodatkowo archiwizacja modeli cyfrowych pacjenta jest bardziej komfortowa dla lekarza w porównaniu z archiwizacją fizycznych modeli gipsowych. Również w leczeniu ortodontycznym bardzo efektowne może się okazać wykorzystanie leczenia nakładkowego za pomocą tzw. alignerów. Wyciski bądź skany uzębienia pacjenta są przesyłane do centrum planowania, skąd zwrótnie jest odsyłany projekt leczenia z symulacją spodziewanych zmian. Wizualizacja leczenia może zostać zaprezentowana pacjentowi, aby sam mógł ocenić, czy spodziewane zmiany w układzie uzębienia spełnią jego oczekiwania, jeszcze przed rozpoczęciem terapii. Za pomocą oprogramowania można zaprojektować bardzo konkretne ruchy zębowe, wprowadzać adekwatne korekty, a cały projekt leczenia – po akceptacji przez lekarza prowadzącego – jest dostarczany do gabinetu w postaci serii nakładek ortodontycznych. Do zalet takiej terapii należy za- ▶

- liczyć łatwość higieny i wygodę użytkowania w porównaniu z klasyczną techniką leczenia łukiem prostym.

Cyfryzacja w stomatologii estetycznej

W przypadku terapii polegającej na poprawie estetyki uśmiechu pacjenta cyfrowa stomatologia oferuje DSD i DSD 3D, czyli *Digital Smile Design* (cyfrowe projektowanie uśmiechu). Jest to narzędzie, które pomaga w planowaniu estetyki i sprawdzeniu wykonalności danego projektu dla pacjenta. We wcześniejszej formie DSD na dwuwymiarowej fotografii pacjenta można nanieść przykładowe kontury przyszłych zębów, a następnie wykonać fizyczną wizualizację tego projektu na modelu gipsowym za pomocą wosku, czyli tzw. wax up. Następnie można wykonać makietę nowego kształtu zębów przy użyciu techniki zwanej mock up – tak wykonaną makietę można przymierzyć w ustach pacjenta i sprawdzić, czy spodziewane efekty spełniają jego wyobrażenia estetyczne. Bardzo istotny na tym etapie jest brak ingerencji w uzębienie pacjenta, jest to proces całkowicie odwracalny, który pozwala zaprezentować pacjentowi możliwości terapeutyczne w postaci żywego obrazu. Co również bardzo ważne, taka wizualizacja pozwala odrzucić terapię w przypadku nierealnych oczekiwań pacjenta. Nowszą wersją narzędzia jest DSD 3D – do centrum planowania jest wysyłany skan uzębienia pacjenta, sesja fotograficzna twarzy, a także filmy funkcjonalne, na podstawie których jest przygotowywany projekt w formie wirtualnych modeli 3D, gotowych do wydruku i następnie przymierzenia w formie makiety uzębienia (tzw. mock up) w ustach pacjenta. Tutaj występuje zdecydowanie szerszy katalog kształtów zębów i możliwości projektowania indywidualnych uśmiechów dla pacjentów.

Cyfrowa stomatologia w implantologii

Kolejnym bardzo popularnym zastosowaniem stomatologii cyfrowej są chirurgiczne szablony implantologiczne, potocznie nazywane „guidami”. Jest to bardzo zaawansowana technika łącząca planowanie zabiegów implantologicznych z poziomym prześwietleniem RTG 3D, np. CBCT, CT oraz cyfrowych modeli pola protetycznego. Dzięki odpowiedniej kasecie implantologicznej i szablonom chirurgicznym sam zabieg może być przeprowadzony z niesamowitą precyzją pozycjonowania implantu stomatologicznego w kości pacjenta. Techniki te zostały dopracowane do tego stopnia, że możliwe jest przeprowadzenie zabiegów ekstrakcji zębów, wszczepienia implantów z jednoczesnym natychmiastowym oddaniem protetycznej pracy rehabilitacyjnej, np. w postaci mostu protetycznego. W efekcie cała procedura implantologiczno-protetyczna jest realizowana w trakcie pojedynczej wizyty pacjenta. W przypadku mnogich ekstrakcji możliwe

Cyfrowa stomatologia to również ortodoncja.

W ortodoncji cyfryzacja jest pomocna już na etapie obliczania wskaźników podstawowego cefalometrycznego prześwietlenia RTG – w oprogramowaniu do analizy zdjęć RTG lekarz nanosi odpowiednie punkty anatomiczne, a zawarte w oprogramowaniu algorytmy natychmiast obliczają wartości odpowiednich kątów i odległości.



Rycina 6. Przykład badania CADIAX

jest uniknięcie sytuacji, kiedy to pacjent funkcjonuje kilka miesięcy bez uzębienia.

Cyfrowa stomatologia w leczeniu problemów zgryzowych

Również terapia pacjentów z problemami zgryzowymi oraz w konsekwencji z problemami w stawie skroniowo-żuchwowym może korzystać z pomocy metod i narzędzi cyfrowej stomatologii. Szczególnym przykładem jest aksjografia cyfrowa CADIAX (rycina 6). Nazwa CADIAX pochodzi od angielskich słów *Computer Assisted Digital Axiography* – komputerowo wspomaganą cyfrową aksjografią. CADIAX pomaga dokładnie wyznaczyć oś zawiasową stawów, zarejestrować funkcje i dysfunkcje w dynamice ruchów żuchwy, a także przenieść oś zawiasową do artykulatora – fizycznego i wirtualnego. Badanie aksjograficzne pozwala na zebranie szczegółowych danych opisujących ruchy kłykcia żuchwy i pozycję stawu skroniowo-żuchwowego. Zebrane dane są prezentowane w postaci trójwymiarowych wykresów. Krzywe CADIAX można porównać do wykresów EKG, które odczytuje kardiolog. W pierwszym odczuciu wynik badania CADIAX wydaje się skomplikowany, jednakże doświadczony klinicysta dzięki otrzymanym danym i wykresom może postawić trafną diagnozę i przeprowadzić skuteczną terapię w szczególnie trudnych sytuacjach klinicznych.

Zakończenie

Podsumowując przegląd możliwości, jakie niesie cyfryzacja w stomatologii, należy podkreślić, że wszystkie cyfrowe narzędzia są nadal narzędziami, które powinny być właściwie wykorzystywane przez lekarza klinicystę. Nadal najważniejsze w procesie leczenia pozostają wiedza i doświadczenie lekarza. Jakość otrzymanych danych wyjściowych zależy od jakości danych wprowadzonych do oprogramowania. Cyfryzacja nie może zastąpić etapu weryfikacji otrzymanych danych przez lekarza w procesie podejmowanych decyzji terapeutycznych, jednak może je znacznie ułatwić. Dlatego ważne jest wykorzystanie cyfrowych narzędzi, stosując tradycyjne, analogowe myślenie.

Konferencja „Stomatologia bez barier. Adaptacja i kwalifikacja pacjentów z niepełnosprawnością”

W dniu 7 czerwca 2022 r. w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Stomatologia bez barier. Adaptacja i kwalifikacja pacjentów z niepełnosprawnością”, zorganizowana przez Zakład Stomatologii Grup Ryzyka Katedry Stomatologii Dziecięcej UMP oraz Fundację na Rzecz Wspierania Osób Niepełnosprawnych i ich Rodzin „Razem na 103”, a także Zespół Szkół Specjalnych nr 103 im. Marii Grzegorzewskiej w Poznaniu. Wydarzenie zostało objęte patronatem honorowym przez JM Rektora UMP, prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Tykarskiego, oraz dziekana Wydziału Medycznego UMP, dr. hab. n. med. Wiesława Markwita, prof. UMP.

Wydarzenie odbyło się w formie hybrydowej, tj. stacjonarnie w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym UMP oraz w formie transmisji online.

Uroczystego otwarcia Konferencji dokonał prorektor ds. studenckich UMP, prof. dr. hab. n. farm. Edmund Grzeško-wiak. Następnie artyści, będący uczniami Zespołu Szkół Specjalnych nr 103 w Poznaniu, zaprezentowali przepiękne przedstawienie, które wywołało ogromne wzruszenie wśród uczestników wydarzenia.

W pierwszej sesji, pt. „Tu jesteśmy – istota aktualnej sytuacji”, mgr Lidia Wojsznis, dyrektor Zespołu Szkół Specjalnych nr 103 im. Marii Grzegorzewskiej oraz Fundator Fundacji „Razem na 103” w Poznaniu, przybliżyła zgromadzonym zagadnienia związane z funkcjonowaniem uczniów i osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną, kierownik Zakładu Stomatologii Grup Ryzyka i Katedry Stomatologii Dziecięcej UMP, prof. dr. hab. n. med. Karolina Gerreth, szeroko omówiła problemy stomatologiczne pacjentów z niepełnosprawnością, a prof. dr. hab. n. med. Maria Borysewicz-Lewicka z Zakładu Stomatologii Grup Ryzyka Katedry Stomatologii Dziecięcej UMP skoncentrowała się na leczeniu stomatologicznym tej populacji pacjentów oraz na barierach w dostępie do opieki medycznej. Niezwykle istotnym elementem wydarzenia było zaprezentowanie przez mgr Hannę Rzepkę, będącą rodzicem dziecka z niepełnosprawnością oraz pedagogiem specjalnym, doświadczeń z leczenia stomatologicznego jej dziecka.

Drugą sesję, zatytułowaną „Recepta na przyszłość”, rozpoczęła mgr Magdalena Rzepa, psycholog z Zespołu Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych nr 2 w Poznaniu, omawiając poszukiwanie drogi dialogu z osobą z niepełnosprawnością. Z kolei prof. UAM dr. hab. Danuta Kopeć, będąca kierownikiem Laboratorium Studiów o Niepełnosprawności Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu zaprezentowała niezwykle ciekawy wykład pt. „(Nie)obecność relacji w edukacji ucznia z niepełnosprawnością intelektualną”. Istotny



Fot. Lukasz Klimek

Fot. 1. Młodzi artyści z Zespołu Szkół Specjalnych nr 103 w Poznaniu podczas przedstawienia

element Konferencji stanowiło zaprezentowanie innowacji społecznej „Stomatologia bez barier: adaptacja i kwalifikacja pacjentów z niepełnosprawnością” przez prof. dr. hab. n. med. Karolinę Gerreth oraz mgr Lidię Wojsznis. Rozwiązanie umożliwia prowadzenie sesji adaptacyjnych osób z niepełnosprawnościami do warunków gabinetu stomatologicznego, w tym m.in. w placówkach nauczania i wychowania.

Niewątpliwie Konferencja była znakomitą okazją do zwrócenia uwagi profesjonalistów z różnych dziedzin, nie tylko medycznych, na problemy związane ze zdrowiem jamy ustnej, z jakimi borykają się osoby obciążone niepełnosprawnością oraz przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi. Duże zainteresowanie wydarzeniem, o czym świadczyła liczba osób na sali wykładowej oraz wysoka frekwencja uczestników korzystających z transmisji online, skłania do podjęcia działań zmierzających do organizacji kolejnej edycji wydarzenia w przyszłym roku.

KAROLINA GERRETH

* * *

Istnieje możliwość obejrzenia relacji z Konferencji na stronie:
https://youtu.be/_IMy76B1YiM



Stomatologiczne wydarzenia edukacyjne WIL

sprawdź ofertę na wil.org.pl/szkolenia-stomatologiczne/

Wspominamy wielkopolskich dentystów

Profesor Stefan Włoch (1926–2012)

Profesor Stefan Ludwig Włoch urodził się 7 sierpnia 1926 r. w Szubiniu. W roku 1942 wstąpił w szeregi Armii Krajowej – wojskowej organizacji podziemnej. Studiował na Akademii Medycznej w Poznaniu, uzyskując w roku 1951 dyplom lekarza dentysty. W latach 1956–1960 przebywał na podyplomowych studiach doktoranckich w Moskiewskim Instytucie Medycyny i Stomatologii, gdzie pracował pod opieką znanego naukowca, prof. Kurlandzkiego.

W trakcie pracy na Akademii Medycznej (AM) w Poznaniu przeszedł wszystkie szczeble kariery akademickiej. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1960 r. na podstawie rozprawy „Miotonografia mięśni skroniowych i żwaczy”. W roku 1971 uzyskał stopień doktora habilitowanego z zakresu protetyki stomatologicznej na podstawie rozprawy habilitacyjnej pt. „Destrukcja łuków zębowych u młodzieży i jej następstwa”. W roku 1979 uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w roku 1988 profesora zwyczajnego. Był specjalistą II stopnia w zakresie protetyki stomatologicznej.

W latach 1970–1996 pełnił funkcję dyrektora Instytutu Stomatologii AM w Poznaniu. Kierował Zakładem Protetyki Stomatologicznej AM w Poznaniu (1973–1996). Przez okres trzech kadencji (1969–1981) sprawował funkcję prodziekana Oddziału Stomatologii. Był członkiem Senatu AM w Poznaniu. Pełnił funkcję wiceprzewodniczącego (1977–1980), a następnie przewodniczącego (1980–1988) Ogólnopolskiej Sekcji Protetyki PTS. Od roku 1952 pracował również w Zarządzie Głównym PTS, pełniąc funkcję wiceprezesa przez okres jednej kadencji. Był członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia oraz Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implanologii Stomatologicznej.

Pracował w kolegiach redakcyjnych czasopism stomatologicznych: „Protetyki Stomatologicznej”, „Poznańskiej Stomatologii”, „Dental Forum” oraz „Dental and Medical Problems”. Był jednym z głównych twórców czasopisma „Poznańska Stomatologia”. Wnosił znaczący wkład w rozwój powyższych czasopism, będąc autorem licznych prac i wielu recenzji.

W czasie swej pięćdziesięcioletniej pracy w charakterze nauczyciela aka-



demickiego prof. Stefan Włoch dał się poznać jako twórczy naukowiec, znakomity wychowawca młodzieży, organizator i społecznik. Dorobek naukowy prof. Stefana Włocha obejmuje 128 prac oryginalnych i pogładowych, opublikowanych w kraju i za granicą, oraz współautorstwo 3 podręczników. Profesor był opiekunem 3 prac habilitacyjnych oraz promotorem 12 doktoratów. Chętnie podejmował się obowiązku recenzowania prac doktorskich, był wielokrotnie recenzentem oraz superrecenzentem w przewodach habilitacyjnych.

Jego wychowankowie pełnili w przeszłości i obecnie funkcje kierownicze w Katedrze i Klinice Protetyki Stomatologicznej i Gerostomatologii na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Zainteresowania naukowe prof. Stefana Włocha obejmowały zagadnienia dotyczące fizjologii oraz patologii układu stomatognatycznego. Jego zasługą było kompleksowe opracowanie problemu etiopatogenezy zaburzeń czynnościowych narządu żucia, z uwzględnieniem priorytetowej roli układu mięśniowego i problemu zgryzu urazowego. Profesor Włoch opracował metody czynnościowej oceny funkcji układu stomatognatycznego, co pozwoliło na zgłębienie problemu patogenezy zaburzeń czynnościowych. Był w tej dziedzinie autorytetem.

Mimo licznych obowiązków poświęcał wiele uwagi i zainteresowania studentom, włączając się aktywnie w pracę dydaktyczną, przed- i podyplomową. Jego wykłady budziły zainteresowanie studentów, były ciekawe, zrozumiałe, rzetelnie przygotowane,

uzupełniane często ciekawą dygresją. Warto podkreślić fakt, iż prof. Włoch jako pierwszy w Polsce wprowadził do programu nauczania stomatologii w Instytucie Stomatologii w Poznaniu formę ćwiczeń zintegrowanych, które to ćwiczenia zdobyły uznanie w procesie kształcenia przeddyplomowego. Za całokształt pracy prof. Włoch otrzymał wiele odznaczeń, nagród i wyróżnień. Wśród ważniejszych należy wymienić: Krzyż Kawalerski i Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, Medal Gerharda Henkla przyznany przez grono niemieckich stomatologów oraz godność *Bene Meritus* przyznana przez PTS. Otrzymał również Honorową Złotą Odznakę Polskiego Towarzystwa Techników Dentystycznych, przyznaną w uznaniu zasług za pracę nad podnoszeniem kwalifikacji i wiedzy techników dentystycznych.

Miałam zaszczyt pracować w zespole Pana Profesora, będąc również Jego doktorantką. Był On człowiekiem o wielkiej kulturze osobistej, cieszył się autorytetem wśród pracowników. Darzyliśmy Go ogromną sympatią, ceniliśmy za wiedzę, rzetelność i poczucie humoru. Był człowiekiem sprawiedliwym, życzliwym i pogodnym. Posiadał umiejętność pozytywnego oddziaływania na współpracowników. Kierowany przez Niego zespół cechowały przyjazne relacje, które przetrwały do dziś.

Profesor doceniał pracę naukową, szczególnie własną inicjatywę w podejmowaniu prac badawczych. Pozostawiał nam samodzielność w działaniach, co sprzyjało poszukiwaniu i realizacji własnych celów na drodze rozwoju naukowego. Pozwalał nam tym samym być rzeczywistymi autorami prowadzonych przez nas badań naukowych. Udzielał nam krótkich, cennych rad, wiele z nich pamiętamy do dziś. Słowa krytyki wyrażał delikatnie, mobilizując nas do analizy i weryfikacji naszych zachowań. Oprócz wiedzy i doświadczenia czuliśmy w osobie Pana Profesora wsparcie przy realizacji zawodowych celów i zadań.

Profesor Stefan Włoch zmarł 1 listopada 2012 r. Pochowany został na Cmentarzu Junikowskim w Poznaniu. Pozostanie w naszej pamięci jako nasz Nauczyciel i Wychowawca. A nade wszystko jako nasz Przyjaciel.

Mateusz Szulca
Wiceprezes
ORL WIL

Samorządy zawodowe – „tyrani większości”?

22 kwietnia 2022 r. do Trybunału Konstytucyjnego wpłynął wniosek grupy posłów dotyczący stwierdzenia niezgodności z Konstytucją dwóch przepisów traktujących o funkcjonowaniu izb adwokackich i radców prawnych. W wątpliwość podano zapisy mówiące o warunkach i kryteriach tworzenia tych korporacji. Zarówno prawnicy, jak i lekarze należą do rodziny zawodów zaufania publicznego, więc z uwagą należy obserwować wszelkie pomysły na zmiany w zakresie działalności któregośkolwiek z jej członków.

Między innymi z tego powodu w Poznaniu regularnie odbywają się spotkania prezesów Izb. Nietrudno zgadnąć, że poprzednie zostało zdominowane przez dyskusję dotyczącą wspomnianych wcześniej zapisów prawnych:

Art. 38 ustawy Prawo o adwokaturze

Izbę adwokacką stanowią adwokaci i aplikanci adwokacy, mający siedzibę zawodową na terenie izby, której zasięg terytorialny określa Naczelna Rada Adwokacka, biorąc pod uwagę w szczególności podział terytorialny administracji sądowej;

Art. 49 ustawy o radach prawnych

1. Radcowie prawni i aplikanci radcowscy zamieszkali na terenie danego okręgu tworzą okręgową izbę radców prawnych.

2. (uchylony)

3. Uchwałę o utworzeniu i terenie działania okręgowej izby radców prawnych podejmuje Krajowa Rada Radców Prawnych, biorąc pod uwagę zasadniczy podział terytorialny państwa.

W artykułach tych krytykowane są kryteria tworzenia Izb, które wynikają, zgodnie z kolejnością przedstawienia, z siedziby zawodowej oraz miejsca zamieszkania. Wnioskodawcy wskazują, że stoją one w sprzeczności z poniższymi przepisami Konstytucji:

Art. 17 [Prawo do tworzenia samorządów zawodowych]

1. W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Art. 20 [Społeczna gospodarka rynkowa jako podstawa ustroju gospodarczego]

Społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 22 [Dopuszczalność ograniczenia wolności działalności gospodarczej]

Ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny.

Art. 65 [Wolność wyboru zawodu i miejsca pracy; zakaz zatrudniania dzieci]

1. Każdemu zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Wyjątki określa ustawa.

Art. 58 [Wolność zrzeszania się]

1. Każdemu zapewnia się wolność zrzeszania się.

Art. 31 [Zasada poszanowania i ochrony wolności człowieka]

3. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

W rozwinięciu wniosku posłowie argumentują, że w obecnym stanie rzeczy utrwał się w samorządach światopoglądowy monopol, blokujący, a nawet całkowicie wykluczający pewne prądy myślowe. Twierdzą, że samorządowe władze nie reprezentują całego spektrum głosu środowiska, nie spełniają więc swoich ustawowych zadań. Rozwiązaniem miałyby być poluzowanie zasad tworzenia samorządów – ot, określona liczba członków mogłaby założyć własne struktury. Wizja bardzo kusząca – decydenci oferują praktycznie nieskrępowaną wolność wyboru, rozbicie istniejącej „tyranii większości” nielubianych, anachronicznych, wypaczonych działaczy samorządów. To prawdziwie rewolucyjna zmiana. I jak każda rewolucja, na wejściu wprowadziłaby nie tylko chaos, lecz także byłaby niezwykle trudna do zatrzymania, prowadząc do coraz szybszego podziału środowiska. Czy władza, szczególnie ta dążąca do centralizacji, mogłaby otrzymać większy prezent? Chociaż Izby nie są wolne od wad, wciąż stoją na straży nie tylko swoich, ale także publicznych interesów, często przybierając nieugięte i konsekwentne stanowisko. Porównując między sobą Izby Lekarskie, choćby intuicyjnie, logiczne jest stwierdzenie, że to te największe mają większe możliwości i środki do działania, te mniejsze zaś – niejednokrotnie uginają się pod kosztami samego faktu istnienia. Dalsze podziały spowodują paraliż, co w długoterminowej perspektywie będzie oznaczało, że interes pojedynczego członka będzie gorzej reprezentowany.

Nie mam złudzeń, że projekt spotka się z negatywną opinią zdecydowanej większości środowiska prawniczego, co nastąpiłoby również w przypadku lekarzy, gdyby dotyczył nas podobny wniosek, a z racji identycznych założeń statutowych – mógłby. Jeśli dyskusja będzie trwała dalej i okaże się, że zyska aprobatę wyżej postawionych polityków, z pewnością dojdzie do gwałtownej dyskredytacji prawników, na znacznie większą skalę, niż dotychczas. Nie jest to wcale nierealny scenariusz, czego nie tak dawnym przykładem mogą być komornicy. Jako medycy również mamy w tym zakresie dużo doświadczenia. Nowa wspaniała zmiana zostanie przedstawiona w kontrze do owładniętych władzą i personalnymi ambicjami prezesów, pojawiają się liczne doniesienia o nadużyciach oraz spadku zaufania publicznego. Nie będzie to ani pierwszy, ani ostatni raz, kiedy pod pretekstem wolności i bezpieczeństwa społeczeństwa *de facto* poświęci się prawa czy korzyści jednostki na rzecz wzmocnienia władzy.

POLEMIKA

Nie o pokoleniowość zmiany chodzi

Pewne niedające się okiełznać od lat poczucie obowiązku skłoniło mnie do napisania felietonu – polemiki z opublikowanym w poprzednim numerze tekstem „Zmiana pokoleniowa w NIL” dr. Ivo Domagały, którego znam i szanuję, i z którym przegadałismy już sporo tematów. Rozumiem przywiązanie emocjonalne Autora do postawionych tez, ale bez komentarza nakreślony obraz dokonanej „zmiany” będzie niepełny.

Jeśli istnieje jakiś spór (a istnieje), to z pewnością nie o pokoleniowość tu idzie. Przewaga liczebna delegatów w grupie wiekowej 31–40 lat była wiadoma od wielu tygodni. Chodzi o styl i takie zasadnicze zmiany w zjazdowej „kuchni”, które utrwalone, mogą zmienić oblicze samorządu na wiele lat. Autor puentuje wszelakie dyskusje sentencją o „takim a nie innym wyniku demokratycznych wyborów, w których wygrywa ten, kto dostał więcej głosów”. Tyle że idąc tym tropem, dojdziemy do wniosku, że władza (każda kolejna), która od lat zsyla nam niedofinansowanie, onegdaj likwidację stażu, potem manipulowanie przy kodeksie karnym itp. itd., też została umocowana do swych becezeń demokratycznym wynikiem wyborów parlamentarnych. Tak właśnie łatwo zejść na manowce, kiedy u podstaw rozumowania leży suchy wynik, a nie standardy, których właśnie brak może doprowadzić do różnych, nawet niespodziewanych wyników przy urnach.

O reklamowanym przez Kolegę Ivo „Samorządzie Przyszłości” większość delegatów dowiedziała się w momencie założenia przez część zjazdu znaczków z tym logo. Wspominam o tym nie bez powodu, gdyż symboliczne, dokonane

w jednym momencie „oznaczenie się” nowej formacji zwróciło uwagę wszystkich. Nie chodzi o słownikowe rozróżnienie pomiędzy inkluzywnością a ekskluzywnością. Przez lata uczono mnie (nawet napominano), że samorząd posadowiony jest na kulcie wspólnoty. Nagle staje się to mniej ważne. Uprościmy: za nieco osobliwe należy uznać ogłoszenie istnienia formacji dopiero w trakcie zjazdu, tak samo jak zgłoszenie udziału startu w wyborach na kluczowe w izbach stanowisko prezesa NRL na 24 godziny przed zjazdem. Nawet dziś próżno szukać w sieci www strony z publikacją programu tej formacji. Nie da się zebrać nagle pod sztandary niespisanego nigdzie programu 250 delegatów. Jasne więc, że czynnikiem jednoczącym była raczej osoba kandydata. To jeszcze można zrozumieć. Tylko jak kryteria programowe, znane zapewne bardzo nielicznym, przekuto następnie w kryteria wyboru członków wieloosobowych organów? Wszak nowa formacja poczuła się uprawniona do wystawienia rekomendacji, również na miejsca, gdzie jakakolwiek jej aktywność była dotąd nieznaną (np. stomatologia). Nie chcę zanudzać Czytelników szczegółami zjazdowej „kuchni”. Dość powiedzieć, że w naszej trochę kulawej izbowej demokracji, wobec braku czasu na zjeździe i chęci dyskusji pomiędzy zjazdami, sposób promocji kandydatur (dotąd w dużej części oparty na rekomendacjach okręgowych izb) jawił się jako poważne wyzwanie. Oby teraz nie stał się poważnym kłopotem. Prognozowane przez dr. Domagałę „wybory moralne” nie zmaterializują się więc w pytaniu: „wejść w to, czy się obrazić?”, gdyż nie byłoby to moralny dylemat. Ten może dotyczyć pytania

„jak to będzie wyglądać za 4 lata?”. Dla stomatologów to będzie szczególnie ważne, gdyż wybory przedstawicieli tej grupy zawodowej oparte są w 77% na głosach lekarzy (różnica w liczebności obu grup na zjazdach). Więc to raczej pytanie, czy poprzez wady systemu wyborczego, które przełożą się na jakość reprezentacji, nie zaczniemy trochę oszukiwać naszych wyborców. A ponieważ to zawsze urzędująca ekipa ma więcej możliwości, to na niej spoczywa zadanie zasypywania podziałów.

Skoro w omawianym felietonie wspomniano o składce, to dodajmy, że bez stosownej moim zdaniem zapowiedzi, wniesiono pod obrady projekt zmieniający odpis składki na NIL. Zmniejszono jednym ruchem przychody NIL o 33%. Aby to uzupełnić, NRL istotnie musi jesienią podnieść składkę. Przy wspomnianych hipotetycznych 100 zł okręgowych izby zanotują wzrost przychodów o 76%, podczas gdy NIL tylko o 11%, co nie uzupełnia nawet inflacji. A co z programem wyborczym? Co z ambitnymi planami? Sam wzrost składki był już wcześniej brany pod uwagę. Ale przyjęta na KZL drastyczna zmiana jej podziału może albo wymusić wyższą daninę, albo poprzez osłabienie finansów NIL uczynić pożytek z tego wzrostu niezauważalnym. Może dlatego, że pracowałem tam ostatnie 4 lata, a może dlatego, że wiem, jaki *impact* dają podejmowane tam działania – bliski mi jest los tej instytucji i nadziwić się nie mogę, jak w tak ważnej sprawie można było dyskutować bez choćby symulacji w Excelu, której skonstruowanie zajmuje kwadrans. ■

Andrzej Cisło
członek ORL WIL
stomatolodzy.org.pl



Komisja ds. Młodych Lekarzy przy współpracy z Pracownią Motywacji i Zmian uruchamia **grupę wsparcia dla lekarzy i lekarzy dentyistów**.

Udział w grupie wsparcia umożliwia:

- pogłębioną, spokojną rozmowę o swoich doświadczeniach, przeżyciach i przemyśleniach,
- posłuchanie o tym, co myślą i przeżywają inni,
- doświadczenie zrozumienia ze strony innych osób.

Więcej informacji na stronie: wil.org.pl/grupa-wsparcia/

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

Standardy, standardy..., czyli co?

W tym odcinku medycznej wokandy chcielibyśmy poruszyć kwestię związania lekarzy określonymi standardami postępowania. Przypomnijmy w tym miejscu, że chociażby art. 8 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL) stanowi, iż lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością. Czyli jaką?

Kto określa takie standardy i kto jest uprawniony do oceny postępowania lekarza w tym kontekście? Tym bardziej że z kolei art. 4 KEL przewiduje, iż dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, ale w każdym przypadku zgodnie ze swoim sumieniem i aktualną wiedzą medyczną.

Pewien kontekst tego pojęcia próbowało wyjaśnić Ministerstwo Zdrowia, stawiając tezę, iż: „Standardy medyczne to zbiory rekomendacji, które odnoszą się do wszystkich działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych. Zwykle są przedstawiane jako wytyczne lub ścieżki postępowania medycznego. (...) Standardy medyczne są opracowywane zwykle przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycyny – najczęściej w formie zbioru zaleceń, wytycznych lub rekomendacji, które nie mają charakteru prawnego. Jednak – jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami Evidence-Based Medicine (EBM) – stanowią bardzo ważne wskazówki merytoryczne w codziennej praktyce medycznej”.

A jak to wygląda w przypadku konkretnej sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy? Odpowiedź możemy znaleźć w wyroku Sądu Najwyższego (SN) w Izbie Karnej z dnia 21 października 2021 r. (sygn. akt I KK 65/21). Stan faktyczny przedstawiał się w tym przypadku następująco: jeden z okręgowych sądów lekarskich (OSL), a dokładniej w X., uznał M.M. winną zarzucanego jej czynu, polegającego na tym, że: „w dniu 24 maja 2017 r. jako lekarz pełniący dyżur w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej «P.» w G., u 58-letniego pacjenta M.F., zgłaszającego trwający od około 2 godzin ból w okolicy zamostkowej i z obecnością w wykonanym zapisie EKG istotnych zmian wskazujących na chorobę niedokrwienną serca, nie rozpoznała ostrego zespołu wieńcowego obligującego lekarza do podania standardowych leków oraz zaniechała przewiezienia pacjenta transportem medycznym do szpitala w trybie pilnym, celem dalszej diagnostyki i pilnego wdrożenia stosownego leczenia, w tym leczenia zabiegowego, które mogłoby zapobiec nagłej śmierci pacjenta w przebiegu powikłań rozległego zawału serca w dniu 28 maja 2017 r.”, tj. czynu naruszającego art. 8 ustawy o izbach lekarskich, art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty oraz art. 2 i art. 20 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL), za który wymierzył obwinionej karę upomnienia. Naczelny Sąd Lekarski (NSL), po rozpoznaniu odwołań wniesionych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) w X. – na niekorzyść obwinionej w zakresie wymiaru kary – oraz przez obwinioną, zmienił zaskarżone orzeczenie OSL w ten sposób, że uniewinnił obwinioną lekarzkę M.M. od zarzucanego jej przewiezienia zawodowego. Kasację od orzeczenia NSL na niekorzyść obwinionej wniosł Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (NROZ). I zdaniem SN kasacja ta okazała się zasadna. Jak podkreślił SN, NROZ trafnie podniósł w kasacji, że błąd NSL polegał na niewłaściwej interpretacji opinii bie-



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

głego. Z opinii tej wynikało bowiem, że co prawda działania obwinionej lek. M.M. podczas wizyty ambulatoryjnej w dniu 24 maja 2017 r., polegające m.in. na przeprowadzeniu wywiadu i wykonaniu badania EKG, były prowadzone prawidłowo, ale już wnioski wyprowadzone z badania wykonanego przez obwinioną zostały uznane za niewłaściwe. Zdaniem biegłego badania diagnostyczne powinny w tym przypadku doprowadzić do powzięcia „mocnego podejrzenia choroby niedokrwiennej serca jako przyczyny dolegliwości” pacjenta. Jak zapisano w uzasadnieniu SN biegły wprost wskazał, że prawidłowa interpretacja zapisu EKG pacjenta wystarczała, by powziąć podejrzenie wystąpienia u niego choroby niedokrwiennej serca. Analiza zapisu EKG doprowadziła biegłego do konkluzji, że widoczne w nim zmiany wskazują na niedokrwienie mięśnia sercowego. Stąd też odmienną interpretację wyniku, tj. taką, która nie wywołała podejrzenia choroby niedokrwiennej u M.F., z perspektywy aktualnej wiedzy medycznej należało potraktować jako błąd. W tej sytuacji SN uznał za stosowne wskazać, że opinia biegłego nie powinna przesądzać o naruszeniu reguł postępowania z dobrem prawnym przez konkretną osobę w konkretnych okolicznościach. Nie powinna również przesądzać o tym, czy określone zachowanie obwinionego lekarza jest błędem medycznym. Kwestie te odnoszą się bowiem do zagadnienia bezprawności, co do którego wiążąco może wypowiedzieć się wyłącznie sąd. Rolą biegłego jest natomiast wskazanie modelu postępowania osoby pełniącej daną funkcję w danej sytuacji faktycznej. To, co powinno mieć znaczenie dla sądu w perspektywie oceny postępowania obwinionej, to zatem standard postępowania modelowego lekarza w sytuacji tożsamej do tej, w której znajdowała się obwiniona. Jak zaznaczył SN rację miał zatem skarżący, że z opinii biegłego – poza innymi stwierdzeniami – taki standard można odczytać. Wynika z niego, że modelowy lekarz, oceniając zapis EKG tożsamy z zapisem dokonanym podczas badania M.F., powziąłby podejrzenie choroby niedokrwiennej serca, choć nie stwierdziłby cech ostrego zawału serca, a następnie dążyłby do pilnego pogłębienia diagnostyki w tym kierunku w warunkach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Z drugiej strony – kontynuował SN w uzasadnieniu – jednak biegły w opinii wyraził stanowisko, zgodnie z którym procedury medyczne podjęte przez obwinioną były prawidłowe, tj. zgodne z aktualną wiedzą medyczną i przyjętymi standardami. Biegły przyjął też za właściwe zalecenie obwinionej co do dalszego postępowania, tj. wskazanie, by w przypadku utrzymywania się bólu w klatce piersiowej pacjent zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Jak zauważył SN, wbrew twierdzeniom NSL, nie było zatem możliwe jednoznaczne przesądzenie, że opinia biegłego – kluczowa dla przyjęcia modelu starannego działania lekarza ►

► – jest spójna i wewnętrznie niesprzeczna. Nie było bowiem pewne na podstawie opinii, co w przypadku prawidłowej diagnozy powinien uczynić lekarz: zobowiązać pacjenta do zgłoszenia się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w razie powrotu dolegliwości, czy też od razu w trybie pilnym skierować pacjenta do SOR bezpośrednio po wizycie ambulatoryjnej. Zdaniem SN, NSL nie określił w szczególności, jak należy interpretować zgodny z regułami standard postępowania w takim przypadku w kontekście przedstawionego obwinionej zarzutu nieudzielenia pomocy w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 ustawy zawodowej lekarskiej) oraz starania się o zapewnienie pacjentowi pomocy innych lekarzy (art. 20 KEL). Jak zaznaczono, w postępowaniu należało przesądzić co najmniej dwie kwestie. Po pierwsze, jak w sytuacji, w której z zapisu EKG wynika podejrzenie choroby niedokrwiennej serca, powinien postąpić lekarz: doprowadzić do pilnej dalszej diagnostyki w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, czy też zalecić zgłoszenie się do SOR jedynie w przypadku powrotu (ewentualnie: nieustąpienia) niepokojących objawów. Po drugie zaś – konstatawał SN – konieczne było ustalenie, czy sam fakt nieprawidłowej interpretacji zapisu EKG przez obwinioną – mimo ewentualnie trafnych zaleceń – nie stanowi sam w sobie naruszenia reguł sztuki lekarskiej. Co prawda – stwierdził SN – owo naruszenie zostało opisane przez OSK w X. oraz zakwalifikowane z art. 8 uil, art. 30 ustawy zawodowej lekarskiej, oraz art. 2 i 20 KEL, ale NSL był uprawniony do weryfikacji zarówno opisu, jak i kwalifikacji czynu. Jak wskazuje się w orzecznictwie Sądu Najwyższego, sąd może dokonać zmian opisu czynu (i kwalifikacji prawnej) w porównaniu z czynem zarzucanym. Kluczowe było tylko, aby utrzymał się w zakresie wyznaczonym granicami oskarżenia, tj. na płaszczyźnie tożsamoego zdarzenia historycznego, które stanowiło przedmiot skargi. Przedmiotem rozpoznania było bowiem właśnie zdarzenie historyczne, a nie konkretna kwalifikacja prawna czynu, stąd

doprecyzowanie opisu czynu jest możliwe także na etapie odwoławczym. Te kwestie – w ocenie SN – zostały przez NSL rozważone niedostatecznie. Nie rozważono dokładnie w szczególności, jaki model postępowania lekarza należy w tym przypadku przyjąć, a przy tym nie doprowadzono do usunięcia opisanych wyżej wątpliwości rodzących się po dokonaniu analizy opinii biegłego. NSL powinien zatem dążyć do precyzyjnego rozstrzygnięcia, jakiego działania należało oczekiwać od lekarza w sytuacji, w jakiej znalazła się obwiniona. Dopiero zaś przesądzenie tej kwestii – stwierdził SN – pozwolić mogło na wyciągnięcie prawidłowych wniosków w przedmiocie winy obwinionej w zakresie przypisanego jej zarzutu. Jeśli zaś okazałoby się, że jedyną nieprawidłowością obwinionej było błędne odczytanie zapisu EKG, to konieczne stałoby się rozważenie, czy w takim przypadku – przy zmodyfikowanym opisie czynu oraz kwalifikacji prawnej – można uznać obwinioną za winną naruszenia reguł związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Mając powyższe na względzie, SN w sprawie M.M. uniewinnionej od popełnienia czynu z art. 53 i 8 ustawy o izbach lekarskich, art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 2 i art. 20 KEL uchylił zaskarżone orzeczenie i sprawę przekazał NSL do ponownego rozpoznania.

Dodajmy na koniec, że jak z powyższego wynika, po pierwsze owych standardów z pewnością nie można utożsamiać wyłącznie z regulacjami przyjmowanymi np. przez Ministra Zdrowia, tak jak to ma miejsce np. w przypadku rozporządzenia MZ w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej albo standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. A po drugie, nie w każdym przypadku w sprawach prowadzonych przed sądami lekarskimi, inaczej niż przed sądami powszechnymi, konieczne jest zatrudnienie do zrekonstruowania takiego standardu biegłego. Niekiedy, gdy skład OSK obejmuje specjalistów w danej dziedzinie medycyny, możliwe jest odtworzenie takiego standardu przez sąd. A to tylko kolejny dowód na to, jak ważna jest rola sądów lekarskich dla systemu ochrony zdrowia. ■

Na staż marsz!

24 czerwca br. w Centrum Konferencyjnym EDU WIL Komisja ds. Młodych Lekarzy ORL WIL gościła studentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego podczas spotkania informacyjnego dotyczącego stażu podyplomowego.

Studentów zgromadzonych na spotkaniu przywitał przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy WIL, kol. Karol Lubarski, razem z członkami Komisji – kol. Moniką Spylczyn oraz lek. Pawłem Jessą.

Na początku wydarzenia przedstawiciele WIL krótko opowiedzieli o działalności i strukturze samorządu lekarskiego w Wielkopolsce. Następnie kol. Monika Spylczyn przedstawiła proces rekrutacji oraz wymogi formalnoprawne dotyczące stażu podyplomowego. Kol. Paweł Jessa opowiedział o przebiegu stażu podyplomowego obecnie, a także o planowanych zmianach wprowadzanych przez ustawodawcę. W porozumieniu z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego przygotowano odpowiedzi na najczęściej zadawane przez absolwentów pytania. Zgromadzonym gościom kol. Karol Lubarski zaprezentował sylwetki jednostek macierzystych uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, zgod-



Fot. Przemysław Ciupka

nie z informacjami przekazanymi przez poszczególne szpitale. Kol. Paweł Jessa przybliżył młodszym Kolegom programy służące integracji społeczności wielkopolskich lekarzy oraz promocji kultury fizycznej wśród członków WIL. W ostatniej części spotkania odpowiadano na liczne pytania studentów, zarówno przesłane drogą elektroniczną przed wydarzeniem, jak i zadawane przez uczestników obecnych na sali, po czym członkowie KML ORL WIL udzielali indywidualnie informacji zainteresowanym studentom.

KAROL LUBARSKI

DAWKA INFORMACJI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych. Pochodzą one z różnych źródeł i e-serwisów. (o-ap)

Pacjentocentryzm – priorytetem

Piętnaście osób liczy Rada Organizacji Pacjentów, którą powołał minister zdrowia Adam Niedzielski. Rada będzie konsultować projekty legislacyjne i angażować się w kwestie najistotniejsze z punktu widzenia pacjenta. Jest pierwszym w historii powołanym w Ministerstwie Zdrowia stałym gremium składającym się z reprezentantów organizacji pacjentów.

To historyczna chwila. Nigdy wcześniej przy ministrze zdrowia nie było takiej rady – powiedział Adam Niedzielski, minister zdrowia. Włączamy Państwa w prace nad zmianami w systemie ochrony zdrowia. Najważniejszym celem rady będzie konsultowanie projektów legislacyjnych. To dowód na to, że pacjentocentryzm nie jest tylko deklaracją, ale naszym priorytetem – dodał. Rada liczy 15 osób powołanych na 5 lat. Kandydatów zgłaszały największe ogólnopolskie organizacje pacjentów, zarejestrowane od co najmniej 5 lat. Przewodniczącym rady został ks. Arkadiusz Nowak (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej), a wiceprzewodniczącą Magdalena Kołodziej (Fundacja MY Pacjenci).

(WWW.GOV.PL/WEB/ZDROWIE)

To już półwiecze

Szpital Wojewódzki w Poznaniu – „Lutycka” – obchodzi w tym roku swoje 50-lecie. Jubileusz jest dobrą okazją do zaproszenia Wielkopolan na Piknik Zdrowotny – w sobotę 11 czerwca na terenie szpitala przy ul. Juraszów 7–19 w Poznaniu. Będzie można było skorzystać z badań i konsultacji w Przychodni Wielospecjalistycznej w Rotundzie. Profilaktyka dotyczyła m.in. choroby nadciśnieniowej i cukrzycy, raka prostaty, raka szyjki macicy, raka piersi, czerniaka oraz chorób nerek. Prowadzone były też badanie przesiewowe słuchu i wzroku. Ponadto na terenie szpitala odbyły się warsztaty i seminaria otwarte, dotyczące m.in. pierwszej pomocy, przeciwdziałania uzależnieniom, samokontroli piersi, hemoroidów i zakażeń. Nie zabrakło też takich atrakcji jak spacer z alpaki, zumba, joga oraz występy artystyczne. „Lutycka” to szpital Samorządu Województwa Wielkopolskiego. Wydarzenie odbyło się pod patronatem marszałka Marka Woźniaka.

(WWW.UMWWW.PL)

Dekada rozwoju

Starostwo Powiatowe w Pile poinformowało, że grupa *American Heart of Poland* poprowadzi przez najbliższych 10 lat oddział kardiologiczny w pilskim Szpitalu Specjalistycznym. Grupa zadeklarowała, że zainwestuje 10 mln zł w rozbudowę i wyposażenie tej jednostki.

American Heart of Poland zapewnia, że będzie to dekada rozwoju i podnoszenia jakości opieki nad pacjentami. Inwestycje obejmą m.in. modernizację oddziału kardiologii, zakup nowoczesnego sprzętu oraz otwarcie dwóch pracowni hemodynamiki. Zwiększy się również liczba miejsc dla pacjentów: docelowo szpital będzie dysponował 35 łózkami, łącznie z 10-łóżkowym oddziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego. Z punktu widzenia pacjentów nie zmieni się proce-

dura korzystania z opieki medycznej. Nadal natomiast będzie ona świadczona w sposób bezpłatny, na podstawie kontraktu z NFZ.

(WWW.RYNEKZDROWIA.PL)

Leczenie spersonalizowane

Jeśli chodzi o zachorowalność na nowotwory u mężczyzn i kobiet, rak płuca zajmuje niechlubne drugie miejsce. Niestety plasuje się natomiast na pierwszym miejscu jako przyczyna zgonu chorych na nowotwory. A przecież sami możemy mu zapobiegać.

Głównym, dobrze udokumentowanym badaniem, czynnikiem ryzyka raka płuc jest palenie tytoniu, wystarczy więc przestać palić oraz unikać narażenia na dym tytoniowy (tzw. palenie bierne). Dzięki temu unikniemy ekspozycji na 100 substancji rakotwórczych i prawie 900 substancji potencjalnie rakotwórczych znajdujących się w dymie tytoniowym. Podstawowym badaniem przesiewowym jest niskodawkowa tomografia komputerowa. Leczenie raka płuc jest obecnie spersonalizowane, a kierunek terapii wytycza konsylium wielospecjalistyczne.

(WWW.MEDONET.PL)

Jest nieekonomiczna

Polska stawka za terapię dializami jest trzecią najniższą w krajach europejskich – do czerwca wynosiła 409,93 zł i jest nieaktualizowana od 10 lat. Wycena nie pokrywa nawet bieżących kosztów związanych z leczeniem, a także wynagrodzeń personelu, wydatków na energię elektryczną, ogrzewanie, wodę, wywóz śmieci, utylizację odpadów medycznych i transport – mówi „Menedżerowi Zdrowia” dyrektor generalny DaVita Polska Krzysztof Hurkacz. Polska dializoterapia jest jedną z najgorzej opłacanych w Europie. Procedura dializy w naszym kraju wyceniona jest wedle realiów życia i gospodarki sprzed 10 lat – informuje Krzysztof Hurkacz, zwracając uwagę, że „stawka refundacyjna za leczenie pacjentów dializowanych w Polsce jest wyższa tylko od tej na Litwie i Węgrzech”. Jeśli weźmiemy pod uwagę, jak od tego czasu zwiększały się koszty operacyjne ośrodków dializ – wynagrodzenia lekarzy wzrosły średnio o 60 proc., a pielęgniarów o 100 proc., opłaty za wodę i odprowadzanie ścieków o 45 proc., koszty energii elektrycznej o 130 proc., ogrzewania sieciowego o 35 proc., opłaty za wywóz śmieci, koszty utylizacji odpadów medycznych o ponad 300 proc. – to oczywiście jest, że polska dializoterapia jest nieekonomiczna – podsumowuje dyrektor Hurkacz.

(KRYSZTOF LURKA, WWW.TERMEDIA.PL)

Przypomnienie

Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego ułatwia korzystanie z opieki medycznej w państwach Unii Europejskiej i EFTA. Dzięki karcie EKUZ otrzymasz pomoc medyczną w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej na identycznych zasadach, jak osoby ubezpieczone w państwie, do którego podróżujesz. Kartę EKUZ otrzymasz bezpłatnie. W 2021 r. wydaliśmy ponad 1,7 mln Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego. (WWW.NFZ.GOV.PL)

Powitaliśmy lato

Przedstawienie, pokaz iluzji, animacje, gry i mnóstwo dobrej zabawy – tak wyglądało Powitanie Lata z WIL. Impreza organizowana przez Komisję ds. Integracji, Sportu i Wizerunku odbyła się 19 czerwca na terenie Laba.Land w Poznaniu.

Wśród atrakcji nie mogło zabraknąć dmuchanej zjeżdżalni, balonów czy malowania twarzy. Animatorzy zapewniły dzieciom zabawy z chustą, tańce, przeciąganie liny, a nawet poszukiwanie skarbów. Studenci z IFMSA zaprosili dzieci do szpitala pluszowego misia, kącika plastycznego i puszczenia banek mydlanych.

Wspólnie z pociechami lekarzy i lekarzy dentystów lato powitali wiceprezes ORL WIL lek. Mateusz Szulca, przewodniczący Komisji ds. Integracji, Sportu i Wizerunku lek. Filip Zerbst, a także odpowiedzialna za organizację lek. dent. Marika Wróbel. W imprezie wzięła udział również Beata Raczak, dyrektor poznańskiego oddziału TU Inter Polska, której dziękujemy za wsparcie.

Chcemy, żeby ta impreza na stałe wpisała się do izbowego kalendarza, żebyśmy każdego roku mogli z radością witać lato razem z dziećmi lekarzy i lekarzy dentystów w pięknych



Od lewej: Beata Raczak - dyrektor oddziału w Poznaniu TU Inter Polska, Mateusz Szulca – wiceprezes ORL WIL, Filip Zerbst – przewodniczący Komisji ds. Integracji, Sportu i Wizerunku, Marika Wróbel – Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku, Michał Borowicz – pracownik Biura WIL

okolicznościach przyrody, z dobrą zabawą i smaczными lodami – zapewnia lek. dent. Marika Wróbel z Komisji ds. Integracji, Sportu i Wizerunku. (cep)

Więcej zdjęć oraz relacja wideo na stronie: wil.org.pl/powitanie-lata



Fot. Przemysław Ciupka 3x

Życzenia dotarły nad Sekwanę

Honorowanie Nestorów – lekarzy i lekarzy dentystów, którzy ukończyli 90. i 100. rok życia – to tradycja Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W czerwcu stulecie urodzin obchodziła dr Krystyna Grodzka-Wolny. Okazało się, że przygotowany dla Nestorki dyplom musiał być dostarczony aż do Francji.

Przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów dr n. med. Stanisław Dzieciuchowicz, próbując dotrzeć do stulatki, nawiązał kontakt z Jej siostrzenicą, od której dowiedział się, że Jubilatka od lat mieszka w Paryżu. W tej sytuacji przedstawiciele WIL postanowili przekazać na ręce kobiety okolicznościowy dyplom, z którym udała się do cioci. W dniu urodzin,



Od lewej: Stanisław Dzieciuchowicz i Krzysztof Kordel

25 czerwca, dr Dzieciuchowicz zadzwonił do Francji, by osobiście złożyć dr Krystynie Grodzkiej-Wolny wyrazy uznania i najlepsze życzenia. (cep)



Fot. Przemysław Ciupka 2x

Darowana młodość – czyli o kolejnej wycieczce Naszego Roku 1965–1970/1971

Pogoda w dniach 2–5 czerwca 2022 r. była wymarzona. Wiosna w rozkwicie ubarwiała kolejne nasze spotkanie – czterodniową wycieczkę rocznika 1965–1971 Wydziału Lekarskiego i 1965–1970 Oddziału Stomatologii dawnej Akademii Medycznej w Poznaniu.

Wiosnę mieliśmy też w sercach, bo wspólnie przeżyte lata młodości, zakuwania medycyny, wypadów do klubów, ale też do teatrów czy filharmonii, szczególnie gdy w Poznaniu odbywał się Międzynarodowy Konkurs Skrzypcowy im. Henryka Wieniawskiego, zjednoczyły nas z taką mocą, że każde spotkanie przywraca tamten czas i... młodość. Tym razem po przerwie spowodowanej pandemią COVID-19 wybraliśmy się do Łodzi. Po drodze był zawsze czarowny zespół pałacowo-ogrodowy w Nieborowie i wreszcie Hotel Holiday Inn w Łodzi przy samej magicznej ul. Piotrkowskiej. Miasto to tak dynamicznie się zmienia, że będąc tam przed dwoma laty, zastaliśmy je odmienione. Program był wypełniony zwiedzaniem: Pałac Karola Scheiblera (obecnie Muzeum Kinematografii), Księży Młyn, Pałac Herbsta (obecnie Muzeum Sztuki), Biała Fabryka (obecnie Centralne Muzeum Włókiennictwa), Pałac Izraela Poznańskiego (obecnie Muzeum Miasta Łodzi), Centrum Dialogu im. Marka Edelmana. Ale nie zabrakło ciepłych momentów, gdy skupieni nad stolikami (np. w ogrodach) czuliśmy się jak kiedyś dawno – niemal rozbrykani i jak zawsze zjednoczeni, radośni. Taki wspólny czas to dar odnowy, dar jedności i potężny ładunek optymizmu.

My, starsi koledzy, polecamy młodszym medykom, by dbali o zachowanie dawnej studenckiej integracji, bo jest to dodawanie życia do lat. Polecamy też dokumentację spotkań. W naszym przypadku od lat zbieramy zdjęcia – i te z czasów studiów, i późniejszych spotkań. Nie zapominamy w niej o kolegach, którzy przedwcześnie odeszli. Teraz, kontynuując tradycję śp. Prof. Krzysztofa Linke, Jurek Marcinkowski uzupełnił prezentację multimedialną i przedstawił zebrany w porze pożegnalnej kolacji w iście showmanowskim stylu, z bardzo żywym udziałem wszystkich obecnych. Wzbudziła zainteresowanie, można by rzec większe niż znakomite dania na stole, przyszła ożywcza fala wspomnień – tych dobrych, ciepłych i pogodnych. Bardzo nam brakowało Kolegów, którzy przenieśli się do innego, ponoć lepszego świata. Jeszcze czuliśmy Ich obecność, a szczególnie ostatnio pożeganego na poznańskim Cmentarzu Junikowskim Andrzeja Baszkowskiego. Powróciły wszystkie nasze spotkania i to ostatnie, gdy jeszcze był z nami – w czasie uroczystości 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza (odnowienie dyplomu). Otrzymując co miesiąc, od lutego 2006 r. Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, zawsze czuliśmy się wyróżnieni, bo wszak nasz Kolega Andrzej, z którym pokonywaliśmy trudy i dzieliliśmy radości studenckiego życia – był jego twórcą i nieprzerwanie redaktorem naczelnym. Z wielkim zainteresowaniem czytaliśmy artykuł redakcyjny nakreślony Jego wyśmienitym piórem. Cieszymy się, że w czasie naszego już



Centralne Muzeum Włókiennictwa w Łodzi



Zespół pałacowo-ogrodowy w Nieborowie

Fot. Jerzy T. Marcinkowski 2x

raczej dojrzałego zawodowego życia dotarł internet, zdążyliśmy go poznać, zaprzyjaźnić się i każdy z nas otrzymał na pocztę mailową tę prezentację. Oglądanie może być miłym przerwaniem szarego życia. Czas ulotny i piękny jak motyl zatrzymany w kadrze może być ratunkiem na nieuchronny upływ lat... Jednak w czasie pożegnania przy poznańskiej lokomotywie obok Stadionu Lecha w Poznaniu i po ostatnim przytuleniu złożyliśmy postanowienie i obietnicę – do zobaczenia w przyszłym roku. A taka obietnica zobowiązuje! I tego będziemy się trzymali, pielęgnując w sercach młodość...

Zapewne kiedyś, bo na razie czujemy się tylko bardzo dojrzałymi, przypomnimy słowa Luciusa Annaeus Seneki – Seneki Młodszego z lat ok. 4 r. p.n.e.–65 r. n.e.: „Starość powitajmy życzliwie i pokochajmy. Bo jest pełna uroku, jeśli potrafisz z niej korzystać”.

PROF. DR HAB. JERZY T. MARCINKOWSKI
DR MED. ZOFIA KONOPIELKO Z D. ŁUKASZEWICZ

XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

W dniach od 21 do 23 kwietnia 2022 r. w Dębicy na basenie 50-metrowym odbyły się XVII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu Dębica 2021/2022. W zawodach wystartowali reprezentanci 16 Okręgowych Izb Lekarskich. Udział wzięli również reprezentanci Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dwuosobowym składzie. Jak co roku zmagania sportowe nie przeszkodziły zawodnikom pogłębiać wiedzy medycznej na wieczornych wykładach.

Wyniki lekarzy WIL:

Mateusz Błauciak:

I miejsce 50 m st. dowolnym, 50 m st. klasycznym, 200 m st. klasycznym, **II miejsce** 200 m st. zmiennym, 100 m st. motylkowym oraz 50 m st. motylkowym (kat. B 35–44 lat).

Adam Zawadka:

I miejsce 200 m st. zmiennym, 100 m st. grzbietowym, 200 m st. dowolnym, 50 m st. motylkowym oraz **III miejsce** 50 m st. dowolnym (kat. B 35–44 lat).

Dorobek reprezentantów WIL pozwolił zająć VII miejsce w klasyfikacji medalowej oraz IX w punktowej wśród 16 startujących Okręgowych Izb Lekarskich.



Adam Zawadka i Mateusz Błauciak

Serdecznie zapraszamy do wspólnych startów w kolejnych Mistrzostwach w kwietniu 2023 r. Więcej informacji na stronie www.mplwp.pl oraz portalach społecznościowych organizatorów lub zawodników.

MATEUSZ BŁAUCIAK

Dominacja WIL na tenisowych kortach

XXXII Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie na kortach w Żywcu zakończyły się kolejnymi sukcesami lekarzy i lekarzy dentystów z Wielkopolski. Chór Kameralny WIL przygotował na tę okazję specjalny utwór i teledysk.

Turniej zorganizowano na kortach Tenis Parku w Żywcu. Między 16 a 19 czerwca ponad 100 lekarzy rozgrywało mecze singlowe, deblowe i mikstowe.

Spośród reprezentantów WIL Mistrzami Polski zostali: Olesja Szpak – kat. open,

Anna Komar – kat. 45+,

Ryszard Koczorowski – kat. 70+.

Srebrny medal w singlu kat. 60+ zdobyła Małgorzata Pawelec-Wojtalik. **Na III – najniższym stopniu podium stanęli:**

Anna Sabok-Rzepka – kat. 55+,

Marek Kintzi – kat. 65+.

W rozgrywkach deblowych w swoich kategoriach wiekowych Mistrzami Polski zostali:

Anna Komar (z Grażyną Martini),

Małgorzata Pawelec-Wojtalik (z Bożenną Kędzierską), Jerzy Glabisz (z Bogusławem Ratajem).

II miejsce:

Olesja Szpak (z Moniką Małek), Anna Sabok-Rzepka (z Joanną Szafranek).



Olesja Szpak – MVP turnieju

III miejsce:

Jakub Kornacki i Marek Komar.

Zwycięzcami turnieju mikstowego została para Olesja Szpak i Marcin Krywiak (w kat. do 100) oraz Małgo-

rzata Pawelec-Wojtalik i Robert Kowalczyk (kat. powyżej 100).

Puchar Burmistrza Miasta Żywiec dla najlepszej zawodniczki przyznano Olesji Szpak.

Na uroczystej gali wręczono również nagrody rankingu rocznego cyklu rozgrywek singlowych i deblowych. Liderami za 2021 r. zostali: Olesja Szpak, Anna Komar, Ryszard Koczorowski, Jakub Kornacki i Marek Komar. Zwycięzcą klasyfikacji drużynowej, czyli Pucharu Izb Lekarskich, została ponownie Wielkopolska Izba Lekarska. Podczas gali rozdania medali zaprezentowano teledysk Chóru Kameralnego WIL z hymnem lekarzy grających w tenisa, przygotowany specjalnie na tę okoliczność na prośbę organizatorów imprezy.

Występ przyjęto wielkimi brawami, a sportowcy przyłączyli się do wspólnego tańca na scenie.

Teledysk znajdują Państwo na stronie internetowej wil.org.pl.

ANNA KOMAR

XIX Ogólnopolska i II Międzynarodowa Wystawa Malarstwa Lekarzy – Łódź 2022

Wernisaż wystawy odbył się 29 maja. Jak co roku sale Klubu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi wypełniły się po sufit obrazami o różnorodnej tematyce, rozmaitych technikach i szerokim warsztacie, wzbudzając uznanie i podziw dla autorów.

Jury przyznało trzy nagrody główne:

Nagroda I – Złota Paleta: Tomasz Lesiak (lekarz chirurgii ogólnej – Łódź) za zestaw prac;

Nagroda II – Srebrna Paleta: Danuta Krawczuk (lekarz – Łódź) za pracę „Wilk Wojownik”;

Nagroda III – Brązowa Paleta: Ewa Murak-Kozanecka (lekarz psychiatra – Aleksandrów Łódzki) za pracę „Melancholia”;



Bogdan Kądziera (lekarz chorób zakaźnych – Nowy Dwór Mazowiecki) za zestaw prac;

Piotr Kazimierak (lekarz okulista – Łódź) za obraz „Bałuty wiosną”;

Renata Żenkiewicz (lekarz neurolog – Osiek) za zestaw prac.

Koło Lekarzy Malujących WIL wystawiło osiem prac. Były one poświęcone tematowi: „Zdrowie”.



Fot. 3x Katarzyna Bartz-Dylewicz

oraz pięć wyróżnień:

Tadeusz Wolski (lekarz anestezjolog, internista – Warszawa) za zestaw „Wakacje”;

Nina Lachiewicz (lekarz dentysta – Łódź) za obraz „Karpiczka”;

Wielkopolskę reprezentowali lekarze: Andrzej Fraś, Magda Hryniuk-Pukacka, a Koło Lekarzy Malujących WIL Katarzyna Bartz-Dylewicz, Ewa Brodziak, Roberta Marcinkowska, Dorota Korytowska-Mikusińska, Grażyna Omylak, Jolanta Silska-Chałupka, Grażyna Szukalska i Barbara Żyła. ■

Obrazy zawisną w szpitalu

Lekarki Koła Lekarzy Malujących WIL przekazały Szpitalowi w Ludwikowie prace, które powstały w ramach projektu Fundacji PARK pt. „Dziedzictwo kultury materialnej Puszczykowa i okolic w obrazach/ impresjach artystów”.

W szpitalu zawisną obrazy Barbary Żyły i Aleksandry Berezowskiej, które zostały przekazane na ręce dr Alicji Olejniczak-Manii – ordynatora Oddziału Pulmonologiczno-Rehabilitacyjnego.

Był to finał projektu pilotowanego przez Małgorzatę Ornoch-Tabęcką, będącej prezesem Fundacji Park, w ramach którego w ubiegłym roku malarki udały się do Puszczykowa i okolic. ■



Mówmy i piszmy o medycznych perłach naszego regionu

Autor niezliczonej liczby wierszy, które każdego miesiąca publikujemy na łamach naszego „Biuletynu”, dr Ryszard Krawiec, specjalista neurolog i radiolog, od lat jest konsultantem w Szpitalu w Ludwikowie wchodzącym w skład Wielkopolskiego Centrum Torakochirurgii i Pulmonologii. Na początku czerwca w tej unikalnej placówce, której gmach główny wzniesiono pod koniec XIX w., odbyło się spotkanie wspomnieniowo-integracyjne. Uczestnictwo w tym wydarzeniu skłoniło lekarza-poetę nie tylko do refleksji nad wyjątkowością ludwikowskiej lecznicy, ale także do zachęcenia wszystkich Państwa, by jej podobne nie pozostawały w zapomnieniu, znane jedynie garstce pacjentów i personelowi:

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy,

w czasie wakacyjnych wypraw i wyjazdów w nasz Wielkopolski Region zwróćmy uwagę na rozmaite placówki lecznicze, które mają swój klimat i historię. Szpital w Ludwikowie, przejściowo zwany „Staszicówką”, powstał w 1886 r. Do dziś jest placówką leczniczą. Poszukajmy takich obiektów, z pewnością jest ich kilka. Nie zapominajmy o nich.

Ludwikowo prawie wierszem

Nie wiadomo, jaki los człowieka spotka, bo można np. wygrać w totolotka. Ale trzeba grać! Można złamać nogę, upadając na podłogę. Można także w tramwaju albo na ulicy nabawić się gruźlicy. W średnim wieku lub za młodu i to całkiem bez powodu. Jak nieszczęście człeka kocha, to złapie do płuc prątki Kocha! A gdy wnikliwe badanie (bezsporne) wykaże,



że są one wielolekooporne, to droga jest już jednokierunkowa – trafisz do Ludwikowa koło Mosiny, na Górze Staszica, gdzie otoczenie człeka zachwyca. Klimat i przyroda terapii sprzyjające (nazwa pochodzi od Ludwika XIV Słońce, króla Francji). Od zarania do tej pory to obiekt dla „płucnochorych”. Tutaj nawet budynki są uzdrowiskowe, zadbanie o teren i otoczenie – wzorowe! Z każdej uliczki blisko jest do uroczej kapliczki. Personel uczynny, pielęgniarki – anielice. W tym szpitalu skutecznie leczy się gruźlicę i różne dławice. Po zakończonej kuracji można poddać się rehabilitacji i płuca oddać do remontu. To praca na pierwszej linii frontu mimo groźby rozmaitych zarażeń. Dowódcami są sympatyczni lekarze.

R. KRAWIEC, 4 CZERWCA 2022 R.

Czerwiec 2022 w izbie

- 01 czerwca spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów w Poznaniu
- 02 czerwca posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy
- 03 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 06 czerwca webinarium dla lekarzy „Szczepienia pacjentów z Ukrainy”
spotkanie samorządów zaufania publicznego w Centrum Konferencyjnym EDU WIL przy ul. Szyperskiej 14
- 07 czerwca posiedzenie Komisji ds. Wizerunku, Sportu i Integracji
posiedzenie Komisji ds. Konkursów
posiedzenie Prezydium Komisji ds. Kultury
posiedzenie Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
posiedzenie hybrydowe komisji specjalnej ds. pomocy materialnej
- 08 czerwca spotkanie okolicznościowe lekarzy seniorów w Poznaniu
posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej
posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego z wykorzystaniem narzędzi komunikacji on-line
posiedzenie Komisji ds. Legislacji
posiedzenie komisji specjalnej
- 09 czerwca posiedzenie Komisji ds. Emerytów i Rencistów
- 10 czerwca posiedzenie Prezydium ORL WIL z wykorzystaniem narzędzi komunikacji on-line
- 11 czerwca posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej z wykorzystaniem narzędzi komunikacji on-line
certyfikowany kurs EPALS - Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u pacjentów pediatrycznych - I dzień
posiedzenie Komisji Stomatologicznej
certyfikowany kurs EPALS - Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u pacjentów pediatrycznych - II dzień
- 12 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 13 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 14 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
webinarium dla lekarzy „Malpia ospa. Aktualności”
- 15 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
posiedzenie Komisji ds. Praktyk Lekarskich
posiedzenie Komisji Bioetycznej
posiedzenie Komisji Socjalnej
- 17 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 18 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 19 czerwca wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
spotkanie integracyjne „Powitanie lata” organizowane przez Komisję ds. Wizerunku, Integracji i Sportu
- 20 czerwca posiedzenie Komisji ds. Wizerunku, Sportu i Integracji
spotkanie redakcji „Medycznej Wokandy”
- 21 czerwca posiedzenie Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu
posiedzenie Prezydium ORL WIL z wykorzystaniem narzędzi komunikacji on-line
wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 24 czerwca spotkanie Komisji ds. Młodych Lekarzy z lekarzami rozpoczynającymi staż podyplomowy
- 26 czerwca spotkanie z planszówkami dla członków WIL organizowane przez Komisję ds. Wizerunku, Integracji i Sportu
- 27 czerwca posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej
- 28 czerwca początek obiegowych głosowań ORL WIL
- 30 czerwca zakończenie obiegowych głosowań ORL WIL
- poniedziałki kursy językowe
- wtorki, piątki spotkania Chóru Lekarzy WIL
- środy spotkania Orkiestry Kameralnej WIL

Z wielkim smutkiem i żalem przyjęliśmy wiadomość, że dnia 2 czerwca 2022 roku zmarł nagle

GABRIEL GAWROŃSKI

lekarz specjalista medycyny ogólnej
od 1973 roku lekarz rodzinny w Zespole Opieki Zdrowotnej i w Rejonowej Przychodni Specjalistycznej „SERVI-MED” w Gnieźnie oraz radny miasta Gniezna w latach 1998–2006, odpowiedzialny zwłaszcza za problemy osób niepełnosprawnych
Rodzinie i Najbliższemu wyrazy serdecznego współczucia
składają koleżanki i koledzy z lat studiów 1953–1958 na Wydziale Lekarskim AM w Poznaniu

Wspomnienie o lekarzu chirurgu Mironie Szulczewskim (1934–2022)

Miron Szulczewski urodził się 23 lipca 1934 r. w Poznaniu. Tu rozpoczął i ukończył swoją edukację oraz studia na Wydziale Lekarskim ówczesnej Akademii Medycznej, uzyskując absolutorium w 1958 r.

Pracę zawodową rozpoczął na oddziale chirurgicznym w Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia, gdzie uzyskał specjalizację w dziedzinie chirurgii. W początkowym okresie swego rozwoju zawodowego w ramach obowiązkowej służby wojskowej był lekarzem ambulatorium Dowództwa Lotnictwa Operacyjnego, obsługującym m.in. loty Eskadry Samolotów Odrzutowych w Krzesinach oraz jednostki wojskowej samolotów na Ławicy. W uznaniu jego zasług został awansowany do stopnia kapitana.

Kolejnym miejscem jego pracy było Pogotowie Ratunkowe Miasta Poznania, gdzie stanowisko dyrektora naczelnego stacji pełnił na przełomie lat 60. i 70. ubiegłego wieku. W tym czasie dokonał poszerzenia i modernizacji pomocy doraźnej, szczególnie w dziedzinie chirurgii. Z inicjatywy konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii – prof. Romana Drewsa współorganizował ambulatorium chirurgiczne (z salami zabiegowymi) przy ul. Kasprzaka (kierownik: dr Julian Tomaszewski) oraz przy ul. Kórnickiej (kierownik: dr med. Jerzy Sikorski – zmarł przed kilkoma tygodniami).

Z inicjatywy dr. Mirona Szulczewskiego zaprojektowano i wybudowano od podstaw nową dyspozytornię, mającą bezpośrednie połączenie z wszystkimi szpitalami, wojewódzką stacją i podstacjami Pogotowia Ratunkowego oraz oficerem dyżurnym miasta Poznania. W czasie sprawowania przez niego funkcji dyrektora wybudowano i zorganizowano od podstaw podstację Pogotowia Ratunkowego na Winogradach – przy ul. Ugory i na Wildzie – przy ul. Bukowej, co pozwoliło na skrócenie czasu dojazdu karetek do miejsc wypadków i zachorowań. W tym okresie, dzięki wyjątkowemu zaangażowaniu prof. Witolda Jurczyka i doc. Laury Wołowickiej, uruchomiono w Poznaniu (pierwszą w kraju) karetkę



reanimacyjną z charakterystycznym logo „R”. Podjęto również starania o wprowadzenie karetki kardiologicznej. Jak wspominał śp. Zmarły, tego rodzaju modernizacje i zmiany organizacyjne w Pogotowiu Ratunkowym były możliwe dzięki poparciu władz miasta (nadzorująca służbę zdrowia W. Klawiter). Również z inicjatywy ówczesnego dyrektora Pogotowia Ratunkowego Miasta Poznania uruchomiony został telefon zaufania, gdzie udzielali porad psychiatry i psycholodzy. Miron Szulczewski był w tym okresie stałym członkiem Rady Pomocy Doraźnej przy MZIOS.

W kolejnym 5-letnim okresie dr Miron Szulczewski całkowicie zmienił profil, miejsce i zakres działalności lekarskiej. Jako chirurg w stopniu oficerskim pływał w liniach dalekowschodnich i południowo-amerykańskich w rejsach do Indii, Chin, Korei, Japonii i Australii.

Następny etap jego kariery zawodowej, to praca na stanowisku kierownika Ośrodka Zdrowia Łęka Wielka w ZOZ Gostyń i później jako chirurg w Przychodni Specjalistycznej w Lesznie.

Ten burzliwy i zmienny czas aktywności zawodowej ostatecznie ustabilizował się po wybudowaniu pięknego domu w Izabelinie pod Warszawą, gdzie otworzył prywatny gabinet lekarski czynny niemal do ostatnich lat jego życia. Był lekarzem z powołania, cenionym przez pacjentów za wielką wiedzę, komunikatywność i rzetelność udzielanych porad.

W 1980 r. otrzymał Złoty Krzyż Zasługi. Jedyna córka Katarzyna jest absolwentką ASP, prowadzi studio jubilerskie. Wnuczka Olivia studiuje architekturę w Wielkiej Brytanii. Uwielbiała dziadka Mirona, potrafiącego barwnie opowiadać o bajecznym świecie.

Najbliżsi przyjaciele ze studiów zapamiętają Go jako człowieka o pogodnym nastroju, kochającego zwierzęta, ceniącego dobry dowcip, przyjaznego i pomocnego wszystkim ludziom, gotowego zawsze do udzielenia innym potrzebnej pomocy.

MARIAN KRAWCZYŃSKI, Poznań, maj 2022 R.

Szanownej Pani dr **Mirosławie Kominek**
składamy
wyrazy szczerego żalu i współczucia
z powodu śmierci męża, doktora

JANUSZA KOMINKA

Współpracownicy
ze Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego
w Kowanówku

Drogi dr **Marioli Łukaszewicz**
wyrazy szczerego żalu i współczucia
z powodu śmierci

TATY

składa
zespół Przychodni Medycyny Rodzinnej
„Medica Pro Familia”

Dnia 3 czerwca 2022 roku na cmentarzu parafialnym
w poznańskich Smochowicach pożegnaliśmy

ŚP.

LEK MED. JÓZEFA CZACHORA

specjalistę chirurga

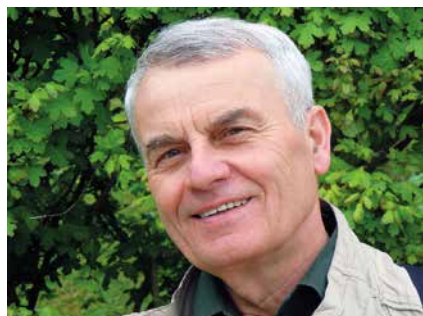
Zmarły ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej
w Poznaniu w 1959 roku. Pracował w Oddziale Chirurgii
Ogólnej 111 Szpitala Wojskowego w Poznaniu
oraz w poznańskiej Przychodni Sportowo-Lekarskiej.
Był długoletnim lekarzem Kadry Narodowej Hokeja na Trawie
oraz drużyny piłkarzy ręcznych WKS Grunwald w Poznaniu.
Jako delegat reprezentował szpital na Okręgowym Zjeździe
Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej I kadencji.
Był świetnym lekarzem, wzorowym kolegą
i nieocenionym przyjacielem. Przeżył 88 lat.

W imieniu kolegów i własnym
Najbliższym i Rodzinie Zmarłego
składam

wyrazy szczerego współczucia i solidarności w bólu
dr n. med. Maciej Koszutski

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



KONFEKCJA

KOSZULA

Nawet gdy nie masz ciepłej kapoty
Chroni przed zimnem i w czas słoty.
Może także sprawić,
Że gdy zakaszesz jej rękawy
Weźmiesz się w końcu do roboty.

SPODNIĘ

O spodniach trzeba z reweransem
I co tu mówić – z pewnym dystansem.
Bywają różne: długie i szorty
Które nadają się głównie na korty
Dla pań. Czy są dla nich awansem?

SUKIENKA

Strój spotykany na całym świecie
Co z pewnością dobrze wiecie.
Po angielsku to jakiś „dress”,
Jednak każdemu wiadomo jest,
Iż nadaje wdzięku i szyku kobiecie

BUTY

Wiadomo, cwaniak na cztery nogi kuty
Zakłada ciężkie, żelazne buty.
Lecz gdy cwaniactwo się nie uda
I ujawni się obłuda,
To chodzi wtedy jak struty.

SZELKI

Antydepresanty trzymające spodnie
I do tego jest z nimi wygodnie,
Bo wystarczy cytat niewielki:
„Precz smutek (w)szelki”
I już jest zdecydowanie pogodniej.

KRAWAT

Dobry, może być zwycięski.
Poplamiony, jest symbolem klęski.
Zdecydowanie męska to ozdoba
Jednak mi się nie podoba,
Że nazwano go także „zwis męski”.

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1233-2216 Nakład 14 710 egz. Numer zamknięto: (24 marca 2022)



WIELKOPOLSKA
IZBA
LEKARSKA



Wydawca:

Wielkopolska Izba Lekarska

Redaktor naczelny:

Przemysław Ciupka, tel. 783 999 190, przemyslaw.ciupka@wil.org.pl

Kolegium redakcyjne:

Szczepan Cofta, Anna Kurhańska-Flisykowska, Mateusz Szulca
Andrzej Piechocki, Daria Springer

Adres redakcji:

ul. Nowowiejskiego 51, 61-734 Poznań, tel. 61 852 58 60
www.wil.org.pl, e-mail: izba@wil.org.pl

Konto WIL: PKO BP SA 4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501

Ogłoszenia:

Anna Grzesiak, anna.grzesiak@wil.org.pl

Opracowanie i druk:

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań,
tel./fax +48 61 822 77 81, termedia@termedia.pl, www.termedia.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.
Niezamówionych artykułów redakcja nie zwraca.
Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.



dathouse
OSIEDLE NA WZGÓRZU



To nie sztuka wybudować nowy dom, sztuka sprawić by miał w sobie duszę.

- T. Misiak

Tylko teraz, kup ostatni dom Etapu I w prestiżowej lokalizacji na północy Poznania.

Wyjątkowa okazja!

ZADZWOŃ: TEL. 727 92 89 89

NAPISZ: BIURO@DATHOUSE.PL

www.dathouse.pl

TWÓJ
DEWELOPER
Z POZNANIA



**PRZYCHODNIA LEKARSKA „MEDICUS” W SZAMOTUŁACH
PRZYJMIE DO PRACY LEKARZY:**

- **medycyny rodzinnej i internistę**
- **oraz lekarzy w trakcie specjalizacji**

Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia
tel. 602 137 296; 604 421 363

**POSZUKUJĘ DO WSPÓŁPRACY
w gabinecie prywatnym w Krotoszynie
LEKARZA STOMATOLOGA (po stażu)**

Warunki do uzgodnienia
Tel. 604 260 067, dentysta.kr@gmail.com

**NZPOZ MED LAMP w Sierakowie Wlkp.
przyjmie do pracy
LEKARZY – PEDIATRĘ,
LEKARZA MEDYCYNY RODZINNEJ, INTERNISTĘ**
Warunki pracy do uzgodnienia. **Tel. 509 517 208**

**Przychodnia „SANO”
w Nagradowicach**

(20 minut samochodem
od Ronda Rataje w Poznaniu)

Przyjmie

LEKARZA

do pracy w gabinecie POZ.

Warunki zatrudnienia
do uzgodnienia.

Kontakt: 609-736-437,
wojaw@mp.pl

**CENTRUM
OKULISTYCZNO-OPTYCZNE
w Koninie**

nawiąże współpracę z

**LEKARZEM
OKULISTĄ**

Bardzo duża baza pacjentów

Na rynku od 17 lat.

Gabinet dobrze wyposażony

Kontakt tel. 607 709 970

Poradnia Lekarzy Rodzinnych AMICOR w Gnieźnie

zatrudni **LEKARZA**

w każdym wymiarze godzin
w zakresie obowiązków lekarza rodzinnego, pediatry

Kontakt: 603 107 320, edzylinska@gmail.com

KOMUNIKAT

Zakład Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Poznaniu
ul. Dąbrowskiego 12

**poszukuje kandydatów na wolne stanowiska:
LEKARZA ORZECZNIKA**

spełniających następujące wymagania:

- posiadanie wykształcenia wyższego medycznego i tytułu specjalisty,
- minimum 4 lata czynnego wykonywania zawodu lekarza.

Oferujemy zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę oraz możliwość rozwoju zawodowego (udział w szkoleniach, seminariach, dodatkowy urlop szkoleniowy, punkty edukacyjne za udział w szkoleniach organizowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych).

Do składania ofert zachęcamy również kandydatów zainteresowanych podjęciem pracy w godzinach popołudniowych, w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz osoby z niepełnosprawnością. Możliwe miejsca wykonywania pracy: Poznań, Piła, Konin.

Szczegółowa oferta została zamieszczona na stronie internetowej

www.zus.pl (w zakładce Praca w ZUS)

Informacja telefoniczna pod numerem

tel. (61) 841-69-16 lub (61) 841-60-06

PRZYCHODNIA LEKARSKA Spółka z o.o.
Zatrudnimy do pracy w poradni POZ w Poznaniu
LEKARZA INTERNISTĘ lub LEKARZA MED. RODZINNEJ

Warunki finansowe /b. dobre/ do omówienia,
godziny pracy do uzgodnienia – pełen etat

Kontakt: kierownik przychodni tel. 601 403 852 lub 61-879-14-86



KONFERENCJA JUBILEUSZOWA

20 *lecie*

POLSKIEGO TOWARZYSTWA
MEDYCYNY PALIATYWNEJ

ŁÓDŹ | 9-10 WRZEŚNIA 2022

KIEROWNIK NAUKOWY

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



VII KONFERENCJA

**NAUKOWO-SZKOLENIOWA
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
NEUROLOGICZNEGO**

LUBLIN / 14-17 WRZEŚNIA 2022

KIEROWNIK NAUKOWY

prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



XI KONGRES
POLSKIEGO
TOWARZYSTWA
MEDYCYNY
RODZINNEJ

WROCŁAW | 14-16 października 2022

KIEROWNICTWO NAUKOWE

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

